



2.1.2

Inrichten van een proces voor gemeenschappelijke
voorziening

Voorstel van de werkgroep Governance
Gemeenschappelijke Voorziening

Datum 4 februari 2021
Status Versie ter bespreking.

Colofon

Projectnaam	Informatieberaad Zorg
Versienummer	1e
Volgnummer	2021-02-04
Contactpersoon	Bureau Informatieberaad Zorg

Versiebeheer

Versie	Datum	Auteur	Toelichting en status
1a	14-10-2020	Dirk de Wit	Opzet ter bespreking
1b	3-11-2020	Schrijversgroep	Eerste opzet voorstel
1c	7-1-2021	Schrijversgroep	Aanpassingen na werkgroep
1d	3-2-2021	Schrijversgroep	Aanpassingen na werkgroep
1e	5-2-2021	Schrijversgroep	Laatste toevoegingen

Inhoudsopgave

1	Aanleiding en leeswijzer	6
2	Waarom is een eenduidig proces nodig?	8
3	Definities voor eenduidig begrip	9
4	Uitwerking van het proces in de vorm van een beslisboom	11
5	Eerste aanzet voor verschillende governance varianten	13
6	Aandachtspunten voor verdere uitwerking governance en transitie	15
	Bijlage A. Toelichting beslisboom plus voorbeelden	17
	Bijlage B. Weergave bestaande governancestructuur rond IB Zorg	20
	Bijlage C. Innovatie- en beheercyclus zorg	22
	Bijlage D. Proces van toelating	24
	Bijlage E. Overzicht van generieke functies	25

1 Aanleiding en leeswijzer

Tijdens de bijeenkomst van de Vrienden van het Informatieberaad op 24 september 2020 is besloten om gemeenschappelijke voorzieningen – noodzakelijk voor gegevensuitwisseling in de zorg – mogelijk te maken. Daartoe zijn verschillende werkgroepen gestart waarin voorstellen zijn uitgewerkt voor de inrichting van een aantal gemeenschappelijke voorzieningen. Deze zijn reeds ingebracht in het Informatieberaad van 30 november jl. Vanwege de behoefte aan snelheid is het proces om hiertoe te komen pragmatisch en per voorziening ingericht.

Op dit moment is er nog geen eenduidig proces om te komen tot besluitvorming en prioritering voor het ontwikkelen van gemeenschappelijke en/of publieke voorzieningen. Daarom is heeft de governance werkgroep¹ de opdracht gekregen “een advies op te stellen over het proces van besluitvorming en de governance over de ontwikkeling, het beheer en het portfolio van gemeenschappelijke voorzieningen”.

Hieronder staat het advies van deze werkgroep. Daarna komen in deze notitie de volgende punten aan de orde:

1. Waarom een eenduidig proces nodig is en wat daarbij de uitgangspunten zijn;
2. Een omschrijving van de begrippen;
3. Een uitwerking van het proces in de vorm van een beslisboom;
4. Eerste aanzet voor verschillende governancevarianten
5. Aandachtspunten voor verdere uitwerking van de governance

Het governance vraagstuk ten aanzien van gemeenschappelijke- of publieke voorzieningen vraagt om extra zorgvuldigheid, nu er ook politiek gezien aandacht is voor deze voorzieningen en wordt aangedrongen op gedegen publieke sturing. De vraag die voorligt heeft tevens een relatie met governance op het beheer van Informatiestandaarden waar recent een advies op is uitgebracht. VWS gaat aan de slag met de invulling van dat advies. De norm NEN7522 biedt hiervoor een aanknopingspunt. Daarnaast lopen er twee trajecten die hier een nauwe relatie mee hebben:

1. Analyse generieke functies: normen en/of voorzieningen
 - BIZ werkt in opdracht van het IB aan een analyse van de generieke functies om te bepalen of hiervoor volstaan kan worden met normering en standaardisering of dat er gemeenschappelijke voorzieningen nodig zijn.
2. Afwegingskader
 - i-Directie werkt aan de ontwikkeling van een afwegingskader om vast te stellen wanneer een voorziening onder publieke sturing moet komen (juni 2020). Dit kader zal gebruikt worden in bovengenoemde analyse.

In deze periode waar nog niet alles duidelijk is, willen we toch stappen voorwaarts maken met het realiseren van gemeenschappelijke voorzieningen. Daarom onderstaand advies.

ADVIES

1. Voor de korte termijn lerend te werk gaan in het licht van de uitgangspunten uit deze notitie, waarbij de coördinatie vooralsnog bij het hiervoor ingerichte bureau Informatieberaad Zorg wordt neergelegd. BIZ staat immers opgesteld ter ondersteuning van het Informatieberaad

¹ Samenstelling werkgroep: Adriaan Blankenstein (VzVz), Margo Brands (MedMij), Olga van Diem (ZN), Harry van Dorenmalen (TSV), Tiana van Grinsven (ZIN), Renie Heerbaart (RSO NL), Jasper van Lieshout (BIZ, vanaf dec-20), Erwin Lubberding (TSV), Leonique Niessen (Nictiz), Marjolein ten Krode (Architectuurboard), Eva Marquarita (ZIN-AB), Ingrid de Pagter (VWS/BIZ), Yola Park (DI-VWS, vanaf dec-20), Claartje Schouten (Babyconnect), Dorine Veldhuijzen (BabyConnect), Bas van Vliet (Twiin), Dirk de Wit (BIZ).

Zorg en om verbinding te leggen naar het zorgveld. Coördinatie betekent concreet:

- Toezien op- en organiseren van gebruik van voorgestelde instrumenten (beslisboom, proces van toelating en innovatie- en beheercyclus) in de analyse generieke functies;
- Afstemming met de belanghebbenden in het zorgveld, zoals zorgen dat er behoeftebepaling plaatsvindt door eindgebruikers (i.s.m. lopende VIPP- en focusprogramma's, leveranciers en dienstverleners);
- Afstemming met relevante betrokken partijen (VWS, ZIN, Nictiz, programma Wegiz, Ontwerpteam doelarchitectuur);
- Gedragen voorstellen opleveren aan het Informatieberaad.

Deze coördinerende ondersteuning is van tijdelijke aard totdat het proces en de besluitvorming rondom gemeenschappelijke voorzieningen zijn vastgesteld, zowel voor de innovatie als voor het beheer.

2. In het Informatieberaad van april/juni 2021 een uitgewerkt voorstel te presenteren hoe governance op gemeenschappelijke en publieke voorzieningen meer duurzaam, gericht op de lange lijnen en als onderdeel van de governance op het duurzaam informatiestelsel als geheel kan worden georganiseerd. En die voldoet aan de uitgangspunten en aandachtspunten zoals beschreven in deze notitie.

2 Waarom is een eenduidig proces nodig?

Op dit moment worden afspraken en implementaties bottom-up onder grote tijdsdruk gerealiseerd, veelal vanuit eigen behoefte in het veld, vanuit VIPP- en focusprogramma's en vanuit bestaande infrastructures. Dit brengt risico's en nadelen met zich mee: afspraken en/of oplossingen zijn niet zorgbreed bruikbaar of niet interoperabel. We hebben geleerd dat het noodzakelijk is om voorzieningen zorgbreed en in samenhang te ontwikkelen in de vorm van afspraken, met als doel de outcomedoelen van het Informatieberaad Zorg en de landelijke programma's goed en spoedig te realiseren. Betrokkenheid van burgers, zorgprofessionals, leveranciers en regio's moeten daarin zijn gewaarborgd. De besluiten die we nu nemen moeten de ontwikkeling van een duurzaam informatiestelsel in de zorg niet hinderen. De DIZRA en een (nog te ontwikkelen) doelarchitectuur bieden daarin houvast.

Uitgangspunten voor de uitwerking

In de uitwerking is gekozen voor een aantal uitgangspunten:

- Het proces rondom besluitvorming en prioritering van gemeenschappelijke en publieke voorzieningen houdt verband met bestaande governancestructuren (zorgstelsel en informatiestelsel) en bestaande processen. Uitwerking van besluitvormingsproces en governance dient daarbij aan te sluiten.
- Het proces wordt wel blauw maar niet als blauwdruk neergezet. Een nog verder te ontwikkelen doelarchitectuur is daarin ondersteunend. Daarmee wordt het proces al lerende verder doorontwikkeld.
- Het informatiestelsel is open, waardoor iedereen hierop aan kan sluiten mits aan de vastgestelde afspraken wordt voldaan. Dit geldt ook voor voorzieningen die invulling geven aan een generieke functie. Het gebruik van gemeenschappelijke voorzieningen zorgt er echter voor dat innovatie en ontwikkeling maximaal kan worden ingezet voor de functionaliteit die geboden wordt aan zorgaanbieders.
- Het ontwikkelen en implementeren van gemeenschappelijke en publieke voorzieningen moeten voldoen aan de gedragsregels zoals geformuleerd in de Wet markt en overheid. Daar waar met publieke middelen gemeenschappelijk een voorziening wordt gerealiseerd, moet het intellectueel eigendom publiek zijn en moet de werking transparant zijn (beschikbaarstelling als open standaard dan wel als open source).

3 Definities voor eenduidig begrip

Burgers en zorgverleners handelen in netwerken van zorg. Burgers moeten in dat netwerk van zorgverleners en zorgaanbieders hun gegevens vinden en verkrijgen. Zorgorganisaties moeten hun diensten en gegevens in het netwerk toegankelijk maken. Het netwerk is ook een digitaal netwerk waarin voorzieningen op verschillende niveaus een rol vervullen. In dat netwerk spelen dienstverleners een rol in de levering van diensten: zij realiseren dat een burger, een zorgorganisatie en andere aan zorg gerelateerde organisaties kunnen meedoen als deelnemer in het ICT netwerk. Het gebruik van gemeenschappelijke voorzieningen en standaardisatie is een vereiste om over zorgnetwerken, ketens en domeinen heen te kunnen werken.

Omdat begrippen vrij interpreteerbaar kunnen zijn, zijn hieronder begrippen verder gedefinieerd zodat duidelijk wordt wat met ieder begrip bedoeld wordt.

Generieke functie:

Een functie die zorgbreed voor meerdere toepassingsgebieden nodig is om vindbaarheid, toegankelijkheid, interoperabiliteit of hergebruik van gegevens te kunnen realiseren. Een generieke functie is door de zorg ICT markt in te vullen op basis van een set van zorgbrede afspraken, protocollen, en open (waar mogelijk internationale) standaarden. Deze afspraken worden in een norm/ technische afspraak vastgelegd. Een generieke functie kan onder voorwaarden ook met een gemeenschappelijke of publieke voorziening worden ingevuld.

Voorbeeld van een zorgbrede generieke functie is de toegankelijkheid tot data met een protocol voor autorisatie en authenticatie.

Gemeenschappelijke voorziening:

Een product of dienst gericht op het ondersteunen van een generieke functie, waarbij de ontwikkeling wordt overgelaten aan private partijen (waarbij marktwerking mogelijk is), maar er één gezamenlijke initiator is die de randvoorwaarden bepaalt (in de meeste gevallen vanuit overheid).

Een voorbeeld van een gemeenschappelijke voorziening is toestemming die door zowel VZVZ (Mitz) als door Stichting Nuts wordt aangeboden

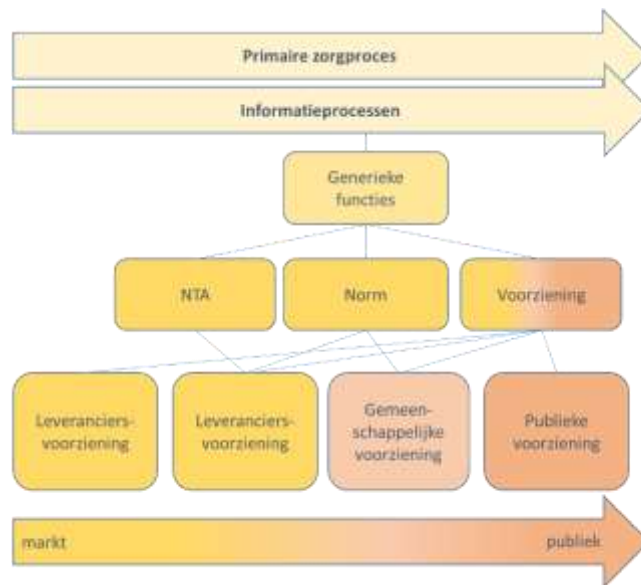
Publieke voorziening:

Een product/ dienst gericht op het ondersteunen van een generieke functie, waarbij het noodzakelijk is dat de ontwikkeling gebeurt onder publieke sturing, er is samenwerking tussen publieke en private partijen nodig om de voorziening tot stand te laten komen (en er is geen marktwerking mogelijk).

Een voorbeeld hiervan die breder gaat dan de zorg is DigiD.

Verband tussen de begrippen:

In onderstaande figuur is een aantal begrippen met elkaar verband gebracht en zijn ter illustratie wat voorbeelden genoemd.



Informatieprocessen zijn direct gekoppeld aan het primaire zorgproces: denk bijvoorbeeld aan digitaal receptenverkeer of eOverdracht

Generieke functies zijn nodig om in meerdere toepassingsgebieden informatieprocessen tot uitvoering te brengen. Denk bijvoorbeeld aan toestemming, autorisatie, adressering etc

Voor de realisatie van generieke functies kunnen NTA's, normen of voorzieningen kunnen ontwikkeld. Voorbeelden van normen zijn NEN 7510 en NEN 7516.

NTA's en normen reguleren de eisen die worden gesteld aan een voorziening in de markt. Voorzieningen kunnen door leveranciers, neutrale dienstverleners (denk VzVz, RSO) of de overheid worden geleverd.

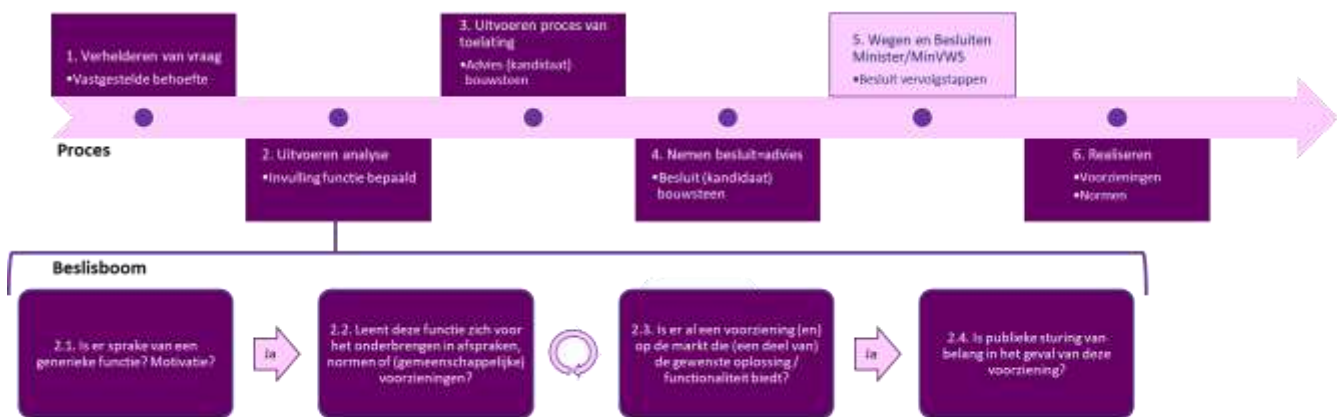
Naarmate het maatschappelijk belang zwaarder weegt, zal de voorziening meer onder publieke sturing terecht komen. Publieke voorzieningen staan altijd onder publieke sturing. Denk aan eID, DigiD

4 Uitwerking van het proces in de vorm van een beslisboom

Bij de ontwikkeling van een gestructureerd proces om tot besluitvorming te komen, komt een aantal aandachtspunten naar voren:

- Een proces suggereert volgtijdelijke stappen waar in de praktijk iteraties voorkomen.
- Een proces geeft niet altijd weer wie waar welke beslissing te nemen heeft.
- Een (aangepast) proces moet duidelijk maken wat dat betekent voor de governance.

In de uitwerking van het proces is ervoor gekozen nauw aan te sluiten bij de bestaande governancestructuur rondom het Informatieberaad Zorg maar aanvullend te kijken waar partijen een rol spelen. Denk hierbij aan leveranciers, eindgebruikers maar ook de overheid waar het gaat over publieke voorzieningen. In onderstaande figuur is de beslisboom te zien waarin duidelijk wordt welke processtappen er te doorlopen zijn voordat een besluit over een gemeenschappelijke en/of publieke voorziening kan worden genomen.



Stap 1: Welke specifieke behoefte heeft het zorgveld (eindgebruikers, programma's, leveranciers) en wordt dit breed gedeeld?

Stap 2: Binnen deze stap wordt bepaald of er sprake is van een generieke functie en hoe deze feitelijk wordt ingevuld, welke tekortkomingen er zijn en of hiervoor al oplossingen in de markt zijn en of er mogelijk sprake zou moeten zijn van publieke sturing (aan de hand van een afwegingskader).

Stap 3: Indien een gemeenschappelijke voorziening noodzakelijk, beschikbaar of ontwikkeld is, wordt deze in het proces van toelating gebracht.

Stap 4: Het Informatieberaad besluit over toelating van (kandidaat) bouwstenen tot het duurzaam informatiestelsel en brengt advies uit aan de minister indien het maatschappelijk belang mogelijk om publieke sturing vraagt.

Stap 5: Indien publieke sturing van belang lijkt besluit de minister hoe deze vorm te geven op basis van eigen afwegingskader.

Stap 6: Indien de voorziening of norm nog niet gereed is wordt deze (door)ontwikkeld om vervolgens in gebruik te kunnen worden genomen.

Casus Toestemmingen

Stap 1. de behoefte aan een oplossing voor het vastleggen van toestemmingen wordt kenbaar gemaakt (ik laat de verschillende vormen van toestemming hier even buiten beschouwing).

Stap 2.

In 2.1 wordt vastgesteld dat 'toestemming' inderdaad een generieke functie betreft.

In 2.2 wordt vastgesteld dat een generieke norm alléén niet voldoende is, bijvoorbeeld omdat er in de zorg ICT markt geen effectieve oplossingen worden aangeboden. In dat geval kan een gemeenschappelijke voorziening op zijn plaats zijn.

In 2.3 wordt vastgesteld dat er al twee voorzieningen 'op de markt' c.q. 'in ontwikkeling' zijn die (een deel van) de gewenste oplossing bieden, nl. Mitz en Nuts.

In 2.4 wordt gekeken naar de noodzaak voor publieke sturing.

Stap 3. Mitz en Nuts doorlopen het proces van toelating (PvT).

Stap 4. Het IB neemt een besluit over het al dan niet toelaten van beide voorzieningen als (kandidaat) bouwsteen en adviseert aan de minister. Uit het PvT komt naar voren wat er mogelijk nog moet gebeuren om tot een positief besluit te komen.

Stap 5 De minister besluit hoe of en hoe publieke sturing wordt ingericht.

Stap 6. Mitz en Nuts gaan door met de ontwikkeling, al dan niet met de aandachtspunten die uit het PvT naar voren zijn gekomen.

Daarbij stellen we voor dat de volgende partijen een rol spelen in het proces.

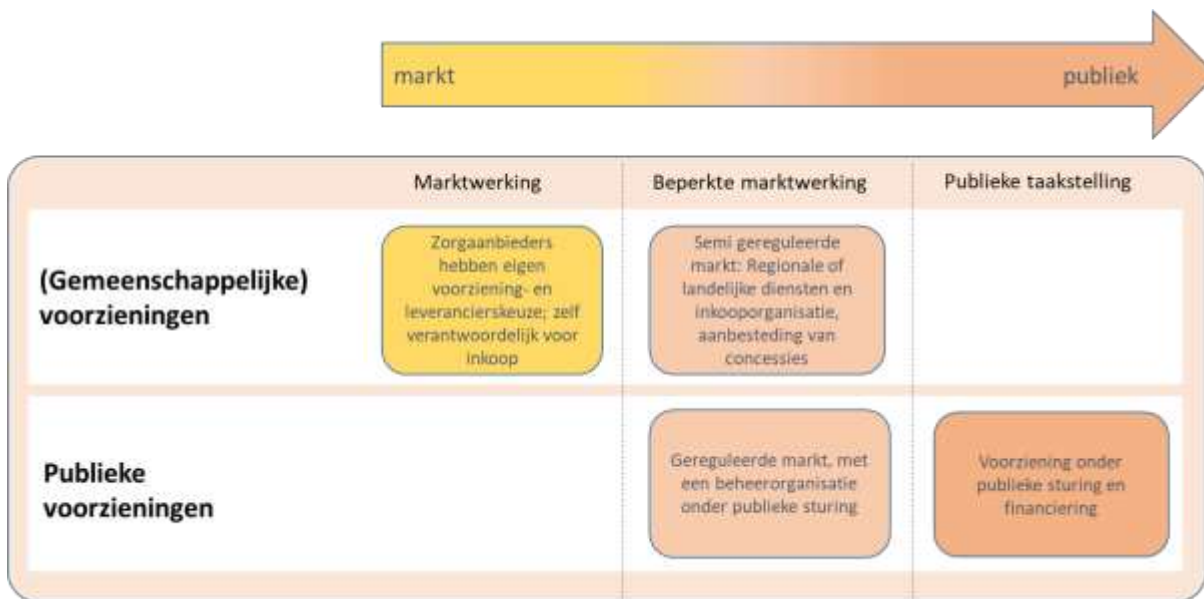
	Verhelderen van vraag •Vaststellen behoefte	Uitvoeren analyse	Uitvoeren proces van toelating	Nemen besluit=advies	Wegen en besluiten Minister en/of Wegiz	Realiseren •Voorzieningen •Normen
Verantwoordelijk	Houder	Houder	Houder/Autorisator	Autorisator	Houder WEGIZ	Houder
Betrokken	Zorgprofessionals, Leveranciers, Programma's, Burgers	Zorgprofessionals, Leveranciers, Programma's, Beheerder, NEN	Zorgveld, leveranciers, KG, AB, Expertgroepen	KG, AB, Financier, Houder	Financier	Financier Wegiz
Coördinatie - Uitvoering	Biz	Biz	Biz	Biz	Houder	Houder Leveranciers NEN Normenraad
Instrument	Proces van toelating Afwegingskader	Beslisboom Analyse generieke functies DIZRA	Proces van toelating DIZRA	Proces Informatiberaad	Afwegingskader	I&B cyclus

In dit voorstel is de houder rol belegd bij VWS, de rol van financier bij VWS of ZN, de rol van autorisator bij het IB en vervullen de Architectuurboard en Kerngroep en anderen een expertrol. Een duidelijke invulling van die rollen is nog gewenst. Datzelfde geldt ook voor de rol van de leveranciers en de rol van de eindgebruikers. Wie de rol van beheerder is nu nog niet bepaald: Nictiz kan een mogelijke rol in het stelselbeheer vervullen. De (IBZ) expertcommunities hebben een rol in de open consultatie dan wel bij de behoeftestelling. De bij betrokken genoemde partijen hebben een rol in de besluitvorming.

Na besluitvorming tot ofwel een gemeenschappelijke voorziening ofwel een publieke voorziening dient een ontwikkeling en implementatie proces gestart te worden. Afhankelijk van de gekozen variant, zien deze processen er anders uit. Beschrijving van deze verschillende processen is onderdeel van de verdere uitwerking.

5 Eerste aanzet voor verschillende governance varianten

In onderstaand overzicht is te zien dat er verschillende (governance) varianten mogelijk zijn. Gedurende het proces moet gekozen worden onder welke voorziening de functie gaat vallen. Elke variant wordt kort toegelicht.



Naarmate het maatschappelijk belang groter wordt een gemeenschappelijk voorziening non-concurrentieel te beleggen, wordt ook de publieke sturing op de voorziening groter.

1. Voorziening met marktwerking

De voorziening is een toepassing die ingevuld kan worden door leveranciers met een vrije keuze van zorgaanbieders of meer worden gereguleerd middels een set van afspraken, protocollen en (open) standaarden gedefinieerd in de vorm van een afsprakenstelsel. Een generieke norm kan hierbij van toepassing zijn. Als er sprake is van een gemeenschappelijke voorziening wordt deze ingevuld door daarvoor gecertificeerde private dienstverleners in een open markt. De zorgaanbieders hebben een eigen voorziening en eigen leverancierskeuze en zijn zelf verantwoordelijk voor de inkoop.

Als rechtsvorm voor het stroomlijnen van onderlinge afhankelijkheden, voor het maken van implementatieafspraken en voor de non-concurrentieel diensten kan worden gedacht aan een coöperatie of een stichting zoals bij MedMij en VZVZ is gedaan.

2. Gemeenschappelijke voorziening met beperkte marktwerking

De gemeenschappelijke voorziening wordt ingevuld door private dienstverleners in een semi-gereguleerde markt van deelnemers. De deelnemers moeten voldoen aan gedragsregels en kaders voor het aanbieden van de voorziening. Zorgorganisaties bundelen de krachten om daarmee inkoopkracht in het zorgveld te vergroten en gestandaardiseerde kaders te waarborgen. Omdat de marktwerking wordt ingeperkt is een wettelijke basis en een vorm van overheidstoezicht vereist.

3. Publieke voorziening met beperkte marktwerking

De publieke voorziening wordt ingevuld door private dienstverleners in een gereguleerde markt van deelnemers. De deelnemers moeten voldoen aan gedragsregels en kaders voor het aanbieden van de publieke voorziening. Zorgorganisaties kiezen haar eigen dienstverlener voor de publieke voorzieningen. Een lock-in op het uitvoeringsvermogen (ability to execute), het prijsbeleid en de innovatiekracht van een enkele organisatie wordt hiermee voorkomen. Een wettelijke basis en een vorm van overheidstoezicht wordt vereist.

Vergelijk deze optie met de bankenwereld, de regulering van deelnemers en de standaardisatie van het betalingsverkeer. Mogelijke rechtsvormen voor het stroomlijnen van onderlinge afhankelijkheden, voor het maken van implementatieafspraken en voor de non-concurrentiele diensten zijn een coöperatie of een stichting.

4. Publieke voorziening als publieke taakstelling

De voorziening wordt als taak toegewezen aan een (of een geselecteerd aantal) van overheidswege aangewezen en gefinancierde dienstverlener die uitvoering geeft aan de publieke voorziening. Een wettelijke basis en een vorm van overheidstoezicht is op zijn plaats. Denk hierbij aan DigID of het BIG register onder uitvoering bij CIBG. Of vergelijk deze optie met RDW als beheerder van Eucaris (uitwisseling van voertuigerelateerde informatie) of met ProRail als beheerder van de infrastructuur voor de spoorwegen. Voor de zorg geldt dat dit al een kenmerk is van het stelsel (vergelijk rol van NZA, IGJ en ZIN).

6 Aandachtspunten voor verdere uitwerking governance en transitie

Een uitgangspunt ten aanzien van het inrichten van het proces (i.e. de beslisboom) is dat wij aansluiten bij de bestaande governance zoals die geldt voor het zorgstelsel en informatiestelsel. Deze governance rondom het Informatieberaad is weergegeven en beschreven in bijlage B. Hierin staan de verschillende gremia benoemd die betrokken zijn bij het Informatieberaad. Het Informatieberaad heeft een rol in het informatiestelsel

De inzet op gemeenschappelijke voorzieningen en de mogelijk publieke sturing daarop maakt ook duidelijk dat aanpassingen gewenst zijn. Die zijn voor een deel praktisch: hoe richten we het proces van toelating zo in dat dit een praktisch instrument wordt dat tegelijk ook zorgvuldige betrokkenheid van partijen waarborgt? Toe nu toe is het proces van toelating niet gebruikt voor het toelaten van voorzieningen. Juist waar het gaat gemeenschappelijke voorzieningen waaraan een concrete dienst is verbonden kan het wenselijk zijn een bepaalde termijn te verbinden en ook weer afscheid te nemen.

Daarnaast zijn er een aantal belangrijke zaken die betrekking hebben op de rollen van partijen in het informatiestelsel:

- 1) Hoe borgen we de rol van patiënt, zorgprofessional en burger (de eindgebruikers)?
- 2) Hoe zorgen we ervoor dat leveranciers vroegtijdig in het proces betrokken zijn?
- 3) Hoe concretiseren we de verschillende rollen in het proces en zorgen daarbij voor functiescheiding wanneer dit nodig is. Denk bijvoorbeeld aan de rol van houder, autorisator en expert?

In de huidige governance is VWS bijvoorbeeld de stelselhouder van het zorgstelsel en het informatiestelsel. Maar bij wie klopt je dan aan? Wie hanteert straks het afwegingskader? Het Informatieberaad Zorg neemt besluiten over bouwstenen en adviseert daarover aan de minister: haar rol is het best te vergelijken met die van autorisator. Maar ziet het Informatieberaad Zorg dit ook zo?

Bij de verdere uitwerking van de governance dient aandacht te zijn voor onderstaande onderwerpen:

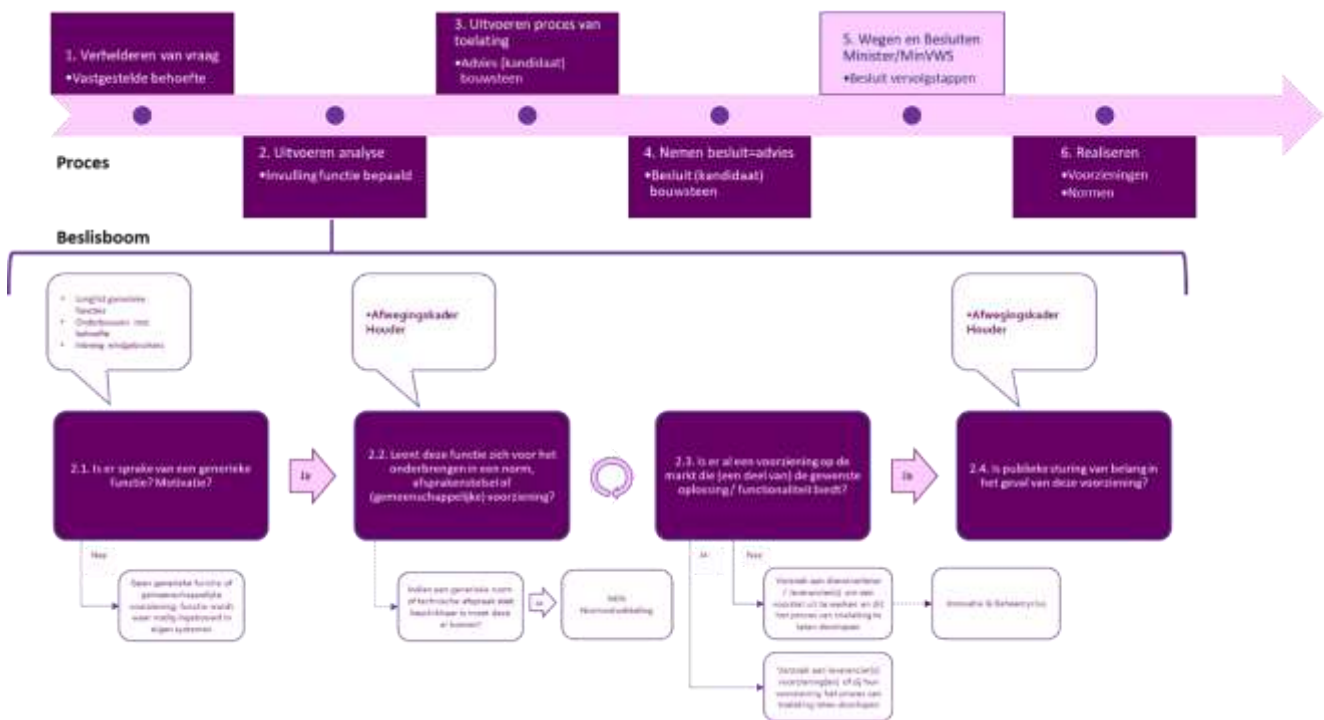
- Kenmerkend voor een gemeenschappelijke voorziening is dat er een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid is; er kan ook sprake zijn van afspraken (verlichting) tot gebruik;
- Dit houdt in het samen vaststellen van de behoeften en het uitwerken van de requirements en prioritering door eindgebruikers (patiënten/cliënten, zorgprofessionals, zorgaanbieders en secundair data gebruikers).
- Vervolgens worden leveranciers betrokken bij het mede vormgeven van de digitale strategie en het bedenken van de oplossingen en de uitwerking van de technische specificaties. De requirements en de processen van de eindgebruiker zijn daarbij leidend. In We bouwen voort op wat al bestaat, waar mogelijk gebruik van internationale standaarden;
- Ruimte voor innovatie borgen; kortcyclische werkwijze hanteren (agile) om voortgang te realiseren ondanks nog in ontwikkeling zijnde afspraken en daarmee onderscheid makend tussen innovatiecyclus en beheercyclus.
- Goed borgen van de internationale dimensie. Nederland staat niet op zichzelf en in toenemende mate gaat ook de zorg over grenzen heen.
- Bij de verdere ontwikkeling van gemeenschappelijke voorzieningen en de wens om publieke sturing vorm te geven moet ook naar de invulling van verschillende rollen als houder en autorisator worden gekeken;
- De norm NEN-7522 is richtinggevend voor het inrichten van processen voor het beheer van standaarden en stelsels van standaarden. Deze norm wordt op dit moment

geactualiseerd en helpt bij een nadere bepaling van de rollen die verschillende partijen in het stelsel spelen;

Bovenstaande punten komen aan de orde in een verdere uitwerking ten behoeve van Informatieberaad Zorg. De ontwikkeling van gemeenschappelijke voorzieningen en de rol die verschillende belanghebbenden hierin spelen gaan zich komend jaar verder vormgeven. De Tweede Kamer roept daarin op tot publieke sturing. En zoals in de inleiding aangegeven: we maken de keuze in het moment met oog op het vormen van het informatiestelsel. Keuzes zijn dan soms tijdelijk en moeten worden geëvalueerd. Duidelijk maken waarom een keuze is zoals die is en hoe het proces naar het duurzaam informatiestelsel zicht ontvouwt vragen aandacht voor communicatie en cultuur

Bijlage A. Toelichting beslisboom plus voorbeelden

Aan de bestaande processen hebben we een beslisboom toegevoegd waar een aantal belangrijke vaststellingen wordt gedaan.



Uitvoeren van stap 2

Vaststellen 2.1

- Betreft het een generieke functie?
- Welk type generieke functie betreft het?

Vaststellen 2.2

- Moet voor de generieke functie een NEN-norm of technische afspraak worden ontwikkeld?
- Op welke termijn moet beschrijving plaatsvinden (prioritering)?
- Volstaat het bieden van een norm en technische afspraak voor de generieke functie? Het antwoord is "ja" als de generieke functie als gemeenschappelijke voorziening kan worden geïmplementeerd binnen de eigen verantwoordelijkheid en span of control van een zorgorganisatie (de zorgorganisatie kiest zelf een dienstverlener voor de implementatie, de dienstverlener moet haar product laten certificeren)
- Indien een gemeenschappelijke voorziening wenselijk is wordt gekeken of er concrete initiatieven lopen waarop kan worden aangesloten of dat het nodig is een uitvraag in de markt te zetten.

Vaststellen 2.3

- Bestaan er al implementaties van de gemeenschappelijke voorziening? Zo nee, liggen er dan mogelijkheden om de gemeenschappelijke voorziening met publieke middelen als open

source product te ontwikkelen en te beheren, dan wel een stimuleringsprogramma te starten met potentiële leveranciers.

- Binnen deze implementatie is prioritering van toepassing met de vraag: op welke termijn moet de implementatie van de gemeenschappelijke voorziening plaatsvinden?
- Als het antwoord op 5 "nee" is: de gemeenschappelijke voorziening ontstijgt de verantwoordelijkheid van een enkele zorgorganisatie. Gaat het om een cruciale functie voor het duurzaam informatiestelsel die als publieke voorziening gekenmerkt kan worden?

Vaststellen 2.4

- Welk type verschijningsvorm voor ontwikkeling en implementatie van de publieke voorziening is passend? Een open markt met certificering, regulering of toewijzing van de taak als wettelijke taak aan een organisatie.

Hieronder staan nog twee voorbeelden uitgewerkt waarbij het proces afhankelijk van de casus stappen overslaat.

Casus: authenticatie zorgverleners

Stap 1: hierin wordt de behoefte aan een oplossing voor het veilig en betrouwbaar en tegelijk gebruiksvriendelijk kunnen authenticeren van een zorgverlener kenbaar gemaakt.

Stap 2:

Stap 2.1. hierin wordt vastgesteld dat 'authenticatie zorgverlener' inderdaad een generieke functie betreft.

Stap 2.2. hierin wordt vastgesteld dat een generieke norm alleen niet voldoende is en dat een gemeenschappelijke voorziening op zijn plaats is.

Stap 2.3. hier wordt vastgesteld dat de huidige voorzieningen op de markt (bv. UZI) nog niet gebruiksvriendelijk genoeg is en niet beschikbaar zijn voor alle zorgaanbieders, of dat het betrouwbaarheidsniveau nog niet hoog genoeg is.

Stap 2.4. wordt gekeken naar het belang van publieke sturing. Dat lijkt in dit geval op zijn plaats.

Stap 3: wordt gevraagd of voor UZI een verbetervoorstel kan worden uitgewerkt, dat vervolgens het PvT doorloopt. Ook andere partijen worden uitgenodigd een voorstel uit te werken voor een nieuw authenticatiemiddel en het PvT te doorlopen.

Stap 4: neemt het IB een 'voorlopig besluit' over het al dan niet toelaten van beide voorzieningen als (kandidaat) bouwsteen. Dit 'besluit' wordt als advies voorgelegd aan de minister van VWS.

Stap 5: de minister besluit een of beide middelen door te ontwikkelen en hoe de financiering en governance eruit komen te zien.

Stap 6: de middelen worden ontwikkeld.

Casus: logging

Stap 1: hierin wordt de behoefte aan een oplossing voor het op een uniforme manier loggen van handelingen i.r.t. gegevensuitwisseling die voldoet aan de kaders van wet- en regelgeving kenbaar gemaakt.

Stap 2.1: hierin wordt vastgesteld dat 'logging' inderdaad een generieke functie betreft.

Stap 2.2: hierin wordt vastgesteld dat een generieke norm voldoende is en dat een gemeenschappelijke voorziening niet op zijn plaats is.

Stap 2.3 en 2.4 worden overgeslagen (hoewel? Wie geeft de opdracht tot de ontwikkeling van een norm? Het veld? VWS? Wie wordt eigenaar/houder van deze norm en dus opdrachtgever aan NEN? Wellicht wordt alleen stap 2.3 overgeslagen en wordt bij 2.4 bepaald dat publieke sturing van belang is) à deze route binnen het proces nog verduidelijken.

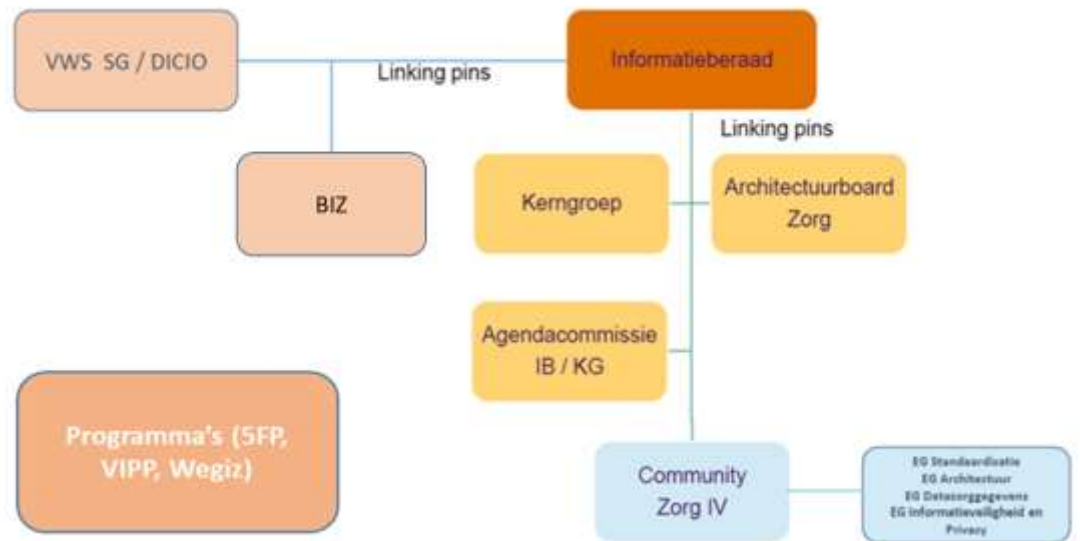
Stap 3 wordt overgeslagen.

Stap 4: hierin wordt instemming gevraagd van het IB t.a.v. de analyse. Het IB stemt in en het advies wordt voorgelegd aan VWS / de minister (gaat deze vraag ook naar de minister?)

Stap 5: hierin wordt vastgelegd dat VWS opdrachtgever wordt aan NEN voor de ontwikkeling van een generieke norm

Stap 6: NEN gaat met het veld aan de slag met de normontwikkeling.

Bijlage B. Weergave bestaande governancestructuur rond IB Zorg



Om tot besluiten te komen over het duurzaam informatiestelsel is het Informatieeraad Zorg ingericht, waarin koepels- en brancheorganisatie vertegenwoordigd zijn. Het besluitvormend orgaan is het Informatieeraad. Een belangrijk element in de besluitvorming is zelfbinding. Partijen vertegenwoordigd in het Informatieeraad committeren zich aan het genomen besluit. Andere gremia zoals de Kerngroep, Architectuurboard en de expertgroepen (communities) hebben een rol in deze governance. Het Bureau Informatieeraad Zorg heeft een ondersteunende rol. In de governance is het proces van agendering, bespreking en besluitvorming verbonden aan de vergadercyclus van Informatieeraad het primaire proces.

Informatieeraad: Het Informatieeraad is een bestuurlijke samenwerking tussen deelnemers uit het zorgveld en het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Het Informatieeraad is opgericht op 14 oktober 2014 en bouwt sindsdien aan een duurzaam informatiestelsel in de zorg. Dit zijn afspraken over hoe we in de zorg omgaan met informatie. De SG zit het overleg voor. De leden van het Informatieeraad zijn zelf verantwoordelijk voor het behalen van de doelen die zij zichzelf hebben gesteld.

Deelnemende partijen: Actiz, FMS, GGZNL, GGDGHOR, InEen, JZN, KNGF, KNMP, KNOV, LHV, NFU, NHG, NVZ, Patiëntenfederatie NL, VGN, VNG, V&VN, VWS, ZN, ZKN.

Kerngroep: Elke organisatie die aan het Informatieeraad deelneemt, heeft de mogelijkheid deel te nemen aan de Kerngroep. De Kerngroep bestaat uit de (beleids)medewerkers van de deelnemende organisaties die de vergaderingen van het Informatieeraad voorbereiden en de onderlinge afstemming doen, eventueel aangevuld met medewerkers van andere relevante organisaties. Zorginstituut Nederland en Nictiz nemen vanwege hun i-activiteiten deel aan de Kerngroep. Ook lid van de Kerngroep zijn de voorzitters van de vier expertcommunity's Standaardisatie, Architectuur Zorg, Datazorggegevens en Informatieveiligheid & Privacy

Architectuurboard: De Architectuurboard Zorg geeft expertadvies aan het Informatieberaad Zorg. De board beoordeelt voorstellen op samenhang, technische haalbaarheid, risico's, betaalbaarheid, veiligheid en duurzaamheid. Het expertadvies dat daaruit volgt, levert een belangrijke bijdrage aan de realisatie van een duurzaam informatiestelsel voor de zorg. Het helpt de gestelde doelen eenvoudiger te realiseren, volgens een set van coherente afspraken. Vanuit het IB zijn twee linkingspins verbonden met het AB.

Expertcommunities: Om het Informatieberaad Zorg van informatie en advies te voorzien en ontwikkelingen te helpen duiden, zijn er expertcommunities. Deze communities hebben een verdiepende functie en richten zich op één of enkele aspecten van het informatiestelsel. Expertcommunities kunnen zowel tijdelijk als structureel zijn. De expertcommunities gaan deel uitmaken van de zorgbrede Community IV.

Agendacommissie: De Agendacommissie komt tot een afgestemde gezamenlijke agenda. De commissie bestaat uit leden vanuit Kerngroep en de secretaris van het Informatieberaad.

Bureau Informatieberaad Zorg: BIZ stelt het Informatieberaad (IB) in staat haar missie effectief te vervullen door besluitvorming van het IB en haar ondersteunende organen vanuit een strategisch perspectief voor te bereiden, uit te voeren en op te volgen. Vanuit het IB zijn drie linkingspins verbonden met het bureau.

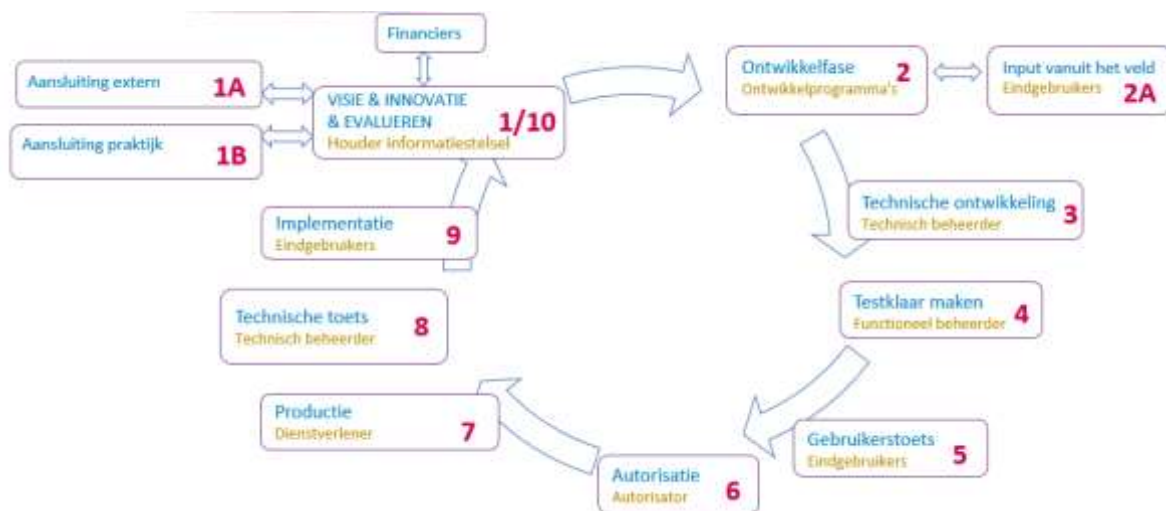
Het Informatieberaad kent een proces van toelating (zie bijlage E): dit is een gestructureerd proces over de toelating van bouwstenen (informatiestandaarden, afsprakenstelsels en voorzieningen) tot het duurzaam informatiestelsel: open consultatie en review/advisering door de Architectuurboard Zorg hebben een plaats in dit proces. De Architectuurboard zorg hanteert de DIZRA als instrument om haar adviezen vorm te geven. Te zijner tijd kan ook een doelarchitectuur daar deel van uitmaken

Bijlage C. Innovatie- en beheercyclus zorg

Door het neerzetten van een juiste innovatie- en beheercyclus worden kansen gecreëerd. Kansen liggen er binnen de zorg voor het juist aansluiten van innovatie op de gebruiker en het zorgproces. De gebruiker kun je in een innovatie- en beheercyclus leidend laten zijn, dus een context gedreven aanpak waaruit plannen ontstaan die alle betrokkenen passen. Er kan een betere verbinding worden gemaakt tussen beleid en de werkvloer waarbij het duidelijk is waar welke beslissingen kunnen en mogen worden genomen. Door daarin een goed omschreven governance op te nemen ontstaat er transparantie binnen de (geboorte)zorg en kan er tevens gemakkelijker worden aangesloten bij een overkoepelende soortgelijke zorgbrede I&B cyclus.

Een innovatie- en beheercyclus behelst de governance als een uitgebreid PDCA-systeem met een goed omschreven besluitvormingsstructuur waarbinnen afspraken rondom vernieuwen en beheer op een juiste wijze zijn vastgelegd uitgaande en rekening houdend met wet- en regelgeving. Hierdoor ontstaat er samenhang tussen innovaties en ontwikkelingen in het veld. En is de governance geborgd.

De cyclus is gebaseerd op de stappen zoals voorgelegd in de NEN 7522.

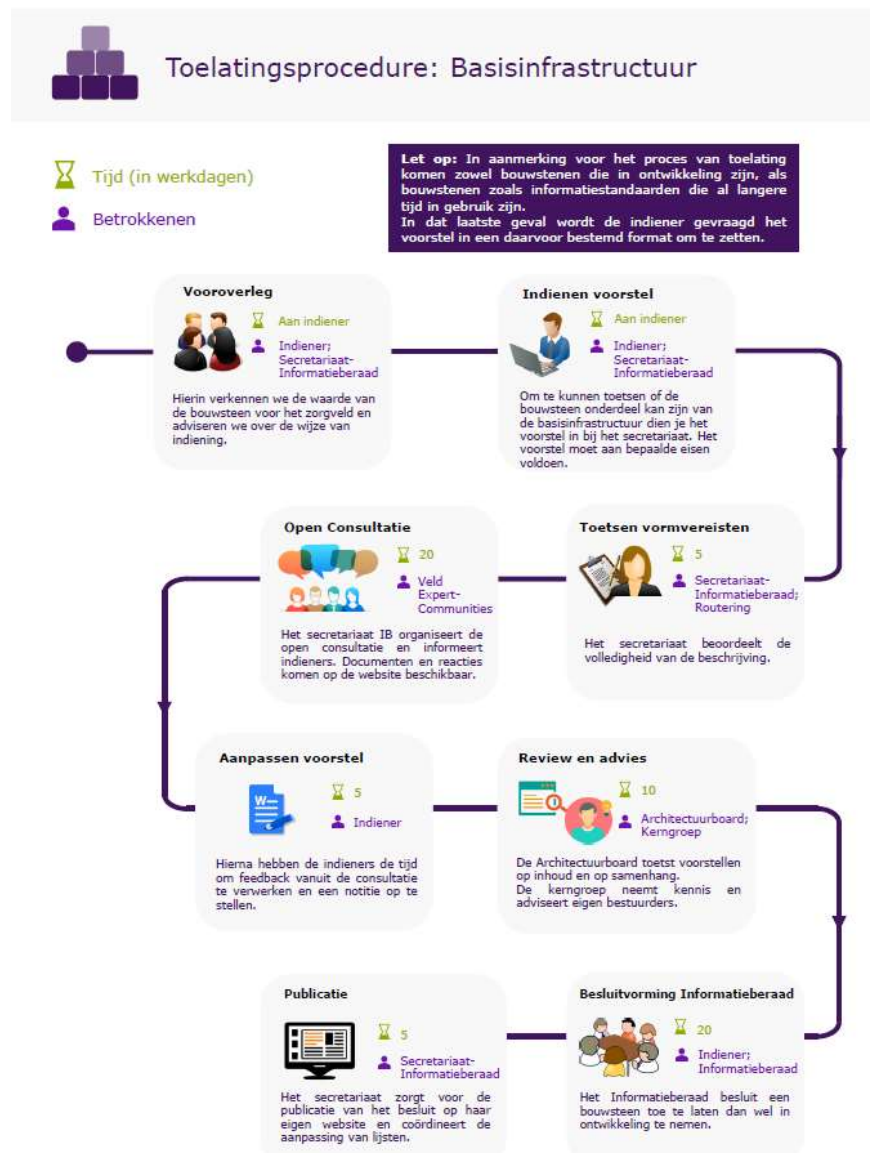


1. Visie & Innovatie: Scope bepalen (visie). Houder is eindverantwoordelijk voor ontwikkelen en beheren. Groep moet gevoed worden vanuit externe ontwikkelingen en vanuit het veld/ eindgebruikers. Tevens denken zij voor ieder voorstel tot verbetering na over de financiering en consulteren hiervoor ZN/VWS. Evalueert aan de hand van input de werkwijze en de innovatie.
Deze stap wordt geleid door de houder van het informatiestelsel. Dit zijn vertegenwoordigers van eindgebruikers. De houder heeft een juridische entiteit.
 - 1a. Aansluiten extern: Aanpassingen door sectoroverstijgende besluiten, veranderende wet- en regelgeving. Deze stap helpt mee bij de visie bepaling.
 - 1b. Aansluiting praktijk: Input voor verbetering ingegeven vanuit behoeftes ontstaan in het veld en bij de eindgebruikers Deze stap helpt mee bij de visie bepaling.
2. Ontwikkefase: Er wordt een programma gestart, denk aan VIPP of focus programma's of MITZ om het verbetervoorstel verder vorm te geven.

- a. Zij krijgen hiervoor input van uit het veld en betrekken hierbij de relevante gebruikersgroepen. Deze groepen bestaan uit vertegenwoordiging van 4 categorieën gebruikers te weten: patiënten/cliënten (groep 1); zorgprofessionals (groep 2); zorgorganisaties (groep 3); landelijke registratie (groep 4).
3. Technische ontwikkeling: Technisch beheerder maakt nieuwe standaard gereed voor publicatie.
4. Testklaar maken: Functioneel beheerder maakt nieuwe standaard gereed voor test/toetsing.
5. Gebruikerstoets: Eindgebruikers testen de nieuwe standaard en bekijken of deze werkbaar zou kunnen zijn voor de praktijk. Dit zou getest kunnen worden aan de hand van bijvoorbeeld een demo.
6. Autorisatie gebeurt door een autorisatieraad, deze stap is gedelegeerd vanuit houder. Deze raad geeft formele goedkeuring voor aanpassing van de standaard (veto alleen obv procesafwijking/zwaarwegende bezwaren).
7. Productie: Dienstverlener: Inbouwen/verwerking van de verbetering in converters.
8. Technische toets: Technisch beheerder kwalificeert.
9. Implementatie: Eindgebruikers nemen de verbetering op in de praktijk.
10. Evaluatie: Bekeken wordt of de verbetering tot het gewenste effect heeft geleid.

Bijlage D. Proces van toelating

De ontwikkeling van de zorg en het duurzaam informatiestelsel is dynamisch waarbij nieuwe technieken zich aandienen en bestaande standaarden en voorzieningen verouderen. Aanpassing van bouwstenen volgen dan logischerwijs. Het proces van toelating en de toetsingscriteria (en basisprincipes) fungeren als poort waarmee alle betrokken partijen samen kunnen vaststellen of een aangedragen bouwsteen thuishoort in het duurzaam informatiestelsel. Voor het proces van toelating komen zowel bouwstenen in aanmerking die in ontwikkeling zijn als bouwstenen (zoals informatiestandaarden) die al langere tijd in gebruik zijn. In dit laatste geval blijft de behoeftestelling achterwege. Het kan ook zo zijn dat we te maken hebben met een innovatieve ontwikkeling die veel meer verkennend is.



Bijlage E. Overzicht van generieke functies

Longlist generieke functies	Open consultatie 2020	5FP / VIPP
Abonneren op datamutaties voor een zorgaanbieder / zorgverlener (ontvanger)	Autorisatie zorgverlener	Adressering
Archiveren van data voor een zorgaanbieder / zorgverlener	Berichtenstandaard	Authenticatie&identificatie
Authenticeren van een zorgaanbieder / zorgverlener	Identificatie cliënt	Autorisatie
Autoriseren van een zorgaanbieder / zorgverlener	Identificatie zorgverlener	Logging & monitoring
Gestructureerd ophalen (pull) van data door een zorgaanbieder / zorgverlener (met behulp van uitwisselingsstandaard)	Lokalisatie/ vindbaarheid cliëntgegevens	Machtigen
Gestructureerd sturen (push) van data door een zorgaanbieder / zorgverlener (met behulp van uitwisselingsstandaard)	Machtiging	Makelaarsfunctie
Identificeren van een zorgaanbieder / zorgverlener	Mapping gegevensset naar gestructureerde data-elementen	Terminologieserver
Inzien van data door een zorgaanbieder / zorgverlener (met potentieel reconciliatie van data)	Toestemming cliënt	Toestemming
Loggen van events getriggerd door een zorgaanbieder / zorgverlener	Transformatie	Vertaalservice
Machtigen van een zorgaanbieder / zorgverlener	Vinden & adresseren zorgverlener	ZIB service
Notificeren van datamutaties door een zorgaanbieder / zorgverlener (verzender)		
Routeren van data voor een zorgaanbieder / zorgverlener (bijvoorbeeld via een uitwisselingssysteem)		
Toestemmen van een zorgaanbieder / zorgverlener		

Transformeren van data voor een zorgaanbieder / zorgverlener		
Veilig mailen en appen van of door een zorgaanbieder / zorgverlener (ontvanger respectievelijk verzender)		
Vinden & adresseren van een zorgaanbieder / zorgverlener (bijvoorbeeld met een Knooppuntenregister)		
Vinden van cliëntgegevens, met name beschikbare medische informatie van een cliënt bij zorgaanbieder / zorgverlener waar de cliënt onder behandeling is (geweest)		
ZIB Register hergebruiken door een zorgaanbieder / zorgverlener (bijvoorbeeld voor transformatie of een use case)		

