Analyse Generieke Functies

Rapportage

Datum	31 mei 2021
Status	Versie ter bespreking Informatieberaad.

Colofon

Projectnaam	Informatieberaad Zorg
Versienummer	1c
Volgnummer	2021-05-31

Contactpersoon	Bureau Informatieberaad Zorg

Versiebeheer

Versie	Datum	Auteur	Toelichting en status
1a	12-05-2021	Bureau Informatieberaad Zorg	Ter bespreking AB, KG, klankbord
1b	26-05-2021	Bureau Informatieberaad Zorg	Aanpassing na commentaar (zie bijlage C)
1c	31-05-2021	Bureau Informatieberaad Zorg	Ter bespreking IB

Inhoudsopgave

1 Aanleiding **6**

1.1 Opzet **6**

2 Conclusies **7**

2.1 Normen of voorzieningen? **7**

2.2 ICT-markt en openheid **7**

2.3 Ondersteuning implementatie **7**

2.4 Aanbevelingen **8**

3 Bevindingen **9**

3.1 Cluster 1: identificatie, lokalisatie en toestemming (patiënt/cliënt) **9**

3.1.1 Identificatie cliënt 10

3.1.2 Toestemming 10

3.1.3 Lokalisatie 12

3.2 Cluster 2: identificatie, authenticatie, autorisatie en adressering (zorgaanbieder) **13**

3.2.1 Identificatie en authenticatie zorgaanbieder en zorgverlener 13

3.2.2 Autorisatie zorgverlener 15

3.2.3 Vindbaarheid en adressering 16

3.3 Cluster 3: mapping, transformatie en reconciliatie **19**

3.3.1 Vertaling & mapping naar gestructureerde data-elementen 20

3.3.2 Transformatie 21

Bijlage A. Overzicht generieke functies, afspraken en voorzieningen **23**

Bijlage B. Overzicht van generieke functies **26**

Bijlage C. Respondenten en klankbordgroep **28**

Bijlage D. Definities voor eenduidig begrip **29**

1 Aanleiding

Naar aanleiding van de open consultatie van de generieke functies/generieke normen vanuit het programma Wegiz heeft het Informatieberaad opdracht gegeven aan BIZ voor een analyse van deze generieke functies. Het doel: beoordelen in hoeverre de generieke functies met normen en/of met een gemeenschappelijke of publieke voorziening zouden moeten worden ingevuld.
Deze analyse kan ook gebruikt worden voor de beoordeling van benodigde publieke sturing met behulp van het afwegingskader, waarover de tweede kamer geïnformeerd gaat worden.

Stel voor de lijst generieke functies uit de consultatie vast op welke wijze deze functie nu wordt ingevuld, met welke IT-producten (publiek/privaat). Welke onopgeloste vraagstukken liggen er en bepaal normering of een gemeenschappelijke voorziening bij het invullen van de functie een rol kan spelen.

Deze rapportage start met de opzet en de algemene conclusies. Daarna volgt een schets van de bevindingen per generieke functie.

1.1 Opzet

Als onderzoeksopzet is gekozen voor een deskresearch en een semigestructureerd open interviewmethode met vertegenwoordigers vanuit het veld. Hiertoe is meerdere keren gesproken met onder andere vertegenwoordigers van OIZ, NedXis (Leveranciers), het CMIO-netwerk en programma's. Bij de deskresearch is onder andere gebruik gemaakt van de VIB-factsheets, het Wegiz-consultatiedocument en de NEN-verkenning naar rechtvaardiging gegevensuitwisseling. Hierbij is gekozen om de betreffende functies op een brede manier te behandelen en daarnaast de snelheid in de processtappen de houden.

De resultaten zijn getoetst bij vijf focusprogramma, de VIPP programma's en een breed samengestelde klankbordgroep (zorgprofessionals, leveranciers, Vzvz, Nictiz, VWS beleid). De AB heeft op de conceptrapportage advies uitgebracht.

2 Conclusies

Het primaire doel van de analyse is de beoordeling of er voor een generieke functie een normering of een gemeenschappelijke voorziening moet komen. Onderstaand geven we op hoofdlijnen de belangrijkste conclusies van de analyse.

2.1 Normen of voorzieningen?

Tijdens de bespreking van de lijst met generieke functies in het Informatieberaad was de suggestie dat er mogelijk gekozen zou moeten worden tussen normering onder de Wegiz enerzijds en gemeenschappelijke of publieke voorzieningen anderzijds.

De analyse laat zien dat deze tegenstelling niet zo hard is. Ook wanneer er gekozen wordt voor een invulling met een gemeenschappelijke voorziening, zijn er nog steeds normatieve afspraken nodig: over de condities waaronder van die voorziening gebruik gemaakt mag worden, de mate van verplichting in het gebruik en het toepassingsgebied (welke gegevensuitwisselingen en systeem-usecases). Zo zijn er ten aanzien van de toekomstige UZI- en URA-nummers (identificatie zorgverlener en zorgaanbieder) nog een aantal afspraken te maken, waarvoor NEN-normen een geschikt vehikel lijken. Voor bijna alle functies zijn er zo meer of minder te maken afspraken benoemd. Deze zijn per functie opgesomd.

Bij de analyse zijn de recente besluiten rond gemeenschappelijke voorzieningen als uitgangspunt meegenomen. Hierover zijn in een aantal gevallen verwachtingen uitgesproken met betrekking tot aanvullende afspraken en activiteiten, maar ook vragen gesteld, die door de betreffende programma's beantwoord kunnen worden. In een aantal gevallen zijn ook suggesties gedaan voor nieuwe voorzieningen. Zoals bijvoorbeeld voor een zorgbreed 'register van identiteiten-registers', gericht op de verschillende groepen cliënten die niet met het BSN geïdentificeerd kunnen worden.

2.2 ICT-markt en openheid

In de gesprekken hebben zowel zorgverleners als leveranciers wensen uitgesproken die raken aan regie op- en de openheid van de IT-markt. Het duidelijkst is dit waar het de voor concurrenten besloten adresboeken van infra-leveranciers betreft: over de beschikbaarstelling en standaardisatie van deze adressen zouden (verplichtende) afspraken gemaakt moeten worden. Zorgverleners pleiten daarbij tegelijkertijd voor de kwaliteit en functionaliteit van deze voorzieningen op het gebied van adressering: men zou graag vergelijkbare zoekfunctionaliteit in de XISsen opgenomen zien. Hierop en op de kwaliteit van zorgadresinformatie in openbare registers zou regie moeten worden ingericht.

In andere processen is het gebruik van dominante commerciële producten een (min of meer een onomstreden) gegeven. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het gebruik van de Active Directory (van Microsoft) in het Identity & Acces Management (IAM) van de instellingen.

2.3 Ondersteuning implementatie

Ook zijn in gesprekken met leveranciers de ondersteuningsfuncties aan bod gekomen die relevant zijn voor het standaardisatie- en implementatieproces. Leveranciers hebben in onze gesprekken weer gewaarschuwd voor de enorme kwalificatielast die op hen afkomt als gevolg van de verschillende afsprakenstelsels, Europese ontwikkelingen en Wegiz-normen. Zij hebben de behoefte uitgesproken aan een betere ondersteuning van deze implementatieprocessen.

2.4 Aanbevelingen

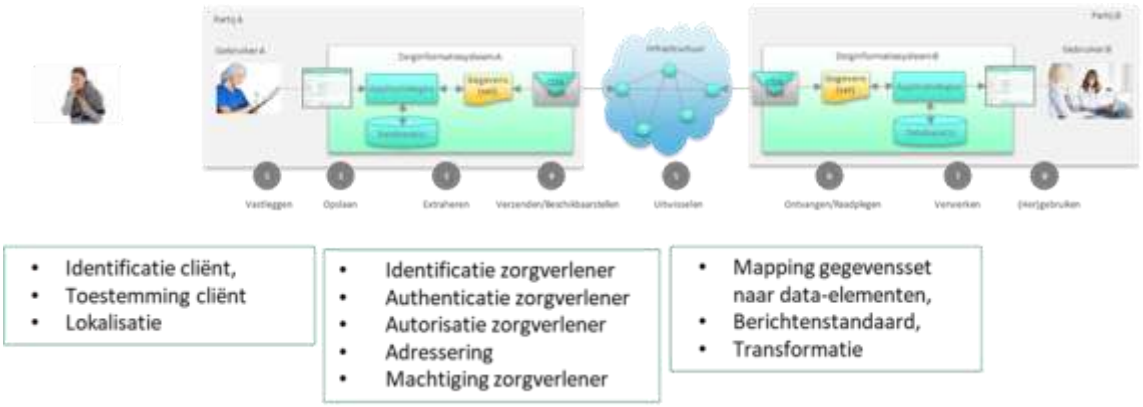
De analyse leidt tot de volgende aanbevelingen:

- Beschouw bij het invullen van generieke functies normatieve afspraken en gemeenschappelijke/publieke voorzieningen als complementair; zij staan niet haaks op elkaar.
- Geef vanuit het IB sturing aan een gerichte normering van die vraagpunten die urgentie hebben in het veld.
- Met betrekking tot te maken normatieve afspraken en regelgeving:
  - Verzoek NEN om in haar normeringstrajecten de geïdentificeerde behoeften aan afspraken mee te nemen (zie bijlage)
  - Verzoek VWS te onderzoeken hoe de wet en regelgeving ten aanzien van de grondslagen voor gegevensdeling in lijn gebracht kunnen worden met de eisen die netwerkzorg stelt.
- Met betrekking tot gemeenschappelijke voorzieningen:
  - Focus de komende periode op de impactbepaling en implementatie van reeds genomen besluiten ten aanzien van gemeenschappelijke voorzieningen (IB besluiten 30-11-20 ten aanzien van MITZ, Zorg AB, UZI en URA en medische autorisatieprotocollen);
  - Verzoek Nictiz om de Terminologieserver in het proces van toelating te brengen om het voor te dragen als (kandidaat) bouwsteen
  - Beschouw de voorstellen voor aanvullende voorzieningen als eerste behoefteverkenning. Neem daarin de vraag om betere implementatieondersteuning (testen, kwalificeren) van leveranciers mee. Laat Bureau Informatieberaad Zorg het afgesproken proces voor governance op gemeenschappelijke voorzieningen gebruiken om deze voorstellen verder te brengen.

In bijlage A staat per generieke functie een overzicht van de huidige (voorgenomen) invulling, de voorgestelde (te normeren) afspraken dan wel een voorgestelde voorziening.

3 Bevindingen

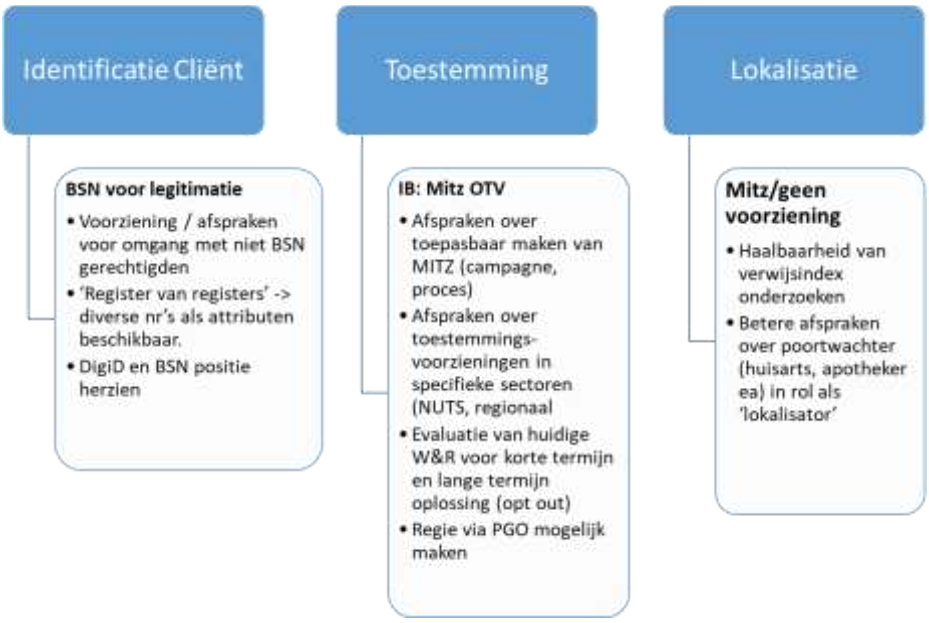
De generieke functies zijn tijdens de gesprekken in drie clusters van samenhangende functies besproken:



De bevindingen hebben wij per functie op de volgende manier beschreven:
- Definitie van de functie
- Beschrijving huidige situatie, tekortkomingen
- Nog te doen: te maken afspraken en/of voorzieningen.

3.1 Cluster 1: identificatie, lokalisatie en toestemming (patiënt/cliënt)

Het eerste cluster dat we onderscheiden is gericht op de patiënt/cliënt in het zorgproces. Het betreft hier de generieke functies identificatie cliënt, lokalisatie en toestemming. In onderstaand figuur staan de bevindingen samengevat.



3.1.1 Identificatie cliënt

Definitie

Vaststellen van de identiteit van de cliënt om zekerheid te hebben dat de informatie over de juiste persoon uitgewisseld wordt. De identiteit is de basis voor de gehele elektronische zorgverlening en wordt getoetst in de volgende fase van het toelatingsproces, namelijk authenticatie.

Huidige situatie

Voor cliëntidentificatie is het gebruik van BSN verplicht in de zorg. BSN werkt voor alle Nederlandse ingezetenen. Voor het verkrijgen van het BSN is nu toegang via het DigiD vereist. BSN en DigiD zijn alleen in het zorgdomein te gebruiken. In het persoonsdomein zijn andere middelen en nummers nodig.

Identificatie gebeurt bij inschrijving aan de hand van BSN en legitimatiebewijs. Na inschrijving krijgen patiënten/cliënten een nummer in het EPD systeem. Binnen organisatie is het patiëntennummer leidend. Indien er sprake is van een acute situatie (kan ook crisis zijn) en er geen gegevens bekend zijn, staat zorgverlening voorop: er wordt een anonieme patiënt aangemaakt in het EPD met aantekening dat gegevens ontbreken.

Het BSN is er primair voor Nederlands ingezetenen. Iedereen die staat ingeschreven in het BRP heeft een BSN. Het BSN is nog niet in alle gevallen beschikbaar, zoals bij pasgeborenen, buitenlanders (toeristen en expats) en asielzoekers. Ook in het forensisch domein wordt geen BSN gebruikt. Sectorale en lokale oplossingen om toch te kunnen identificeren zijn niet geharmoniseerd, waardoor fouten in gegevensuitwisseling ontstaan. Om digitaal te kunnen identificeren is een authenticatiemiddel gewenst. Binnen de zorg moet dit uiteindelijk voldoen aan het niveau substantieel.

Voor niet BSN gerechtigden wordt gebruik gemaakt van alternatieven, denk aan RNI of toekenning van tijdelijk nummer voor anonieme patiënt. Asielzoekers kunnen ingeschreven worden in het BRP (RNI deel) als ze aan de inschrijfcriteria voldoen. Bij asielzoekers is eerder gekeken naar het gebruik van het V-nummer als identificatie in de uitwisseling (in het kader van uitwisseling via het LSP). Aanvragen voor een BSN voor een asielzoeker duren lang. Voor zover niet via RNI ingeschreven, zijn er lokale en systeemgebonden oplossingen.

Nog te doen

- DigiD is een star middel. De kaders zijn nu beperkend en onvoldoende gericht op de zorg. Het BSN moet ook via andere middelen als attribuut beschikbaar kunnen komen (eIDAS, BSN koppelregister). Deze moeten uit de Wet Digitale Overheid (WDO) komen.
- Voor de speciale categorieën zoals die hierboven zijn genoemd wordt nu per categorie naar alternatieven gezocht. Leveranciers noemen als een wenselijke voorziening een ‘register van registers’ waarin de identificerende gegevens van bijzondere categorieën kunnen worden samengevoegd. Nummers moeten hiervoor als attributen beschikbaar komen.

3.1.2 Toestemming

Definitie

In de gegevensuitwisseling speelt toestemming van de burger een belangrijke rol. Bij deze functie gaat het om het uniform en eenduidig vastleggen van de (soort) toestemming die een patiënt verleent aan zorgaanbieders om zijn/haar informatie beschikbaar te stellen. Verder gaat het om de wijze waarop geregistreerde toestemmingen worden ingezet in de gegevensuitwisseling (ten behoeve van de

autorisatie) en de wijze waarop hierin inzage geboden wordt aan andere zorgverleners en cliënten.

Huidige situatie

Bij het (nu nog) ontbreken van een geïmplementeerde gemeenschappelijke voorziening wordt toestemming nu deels handmatig, deels digitaal geregistreerd. In zowel de dossiersystemen (EPD's) als uitwisselsystemen (USen). Voor uitwisseling via het LSP wordt toestemming gegeven via volgjezorg, een platform in beheer bij VZVZ of lokaal bij de zorgaanbieder. De toestemming van volgjezorg wordt ook bij de zorgaanbieder geregistreerd. Voor zorgverleners is toestemming van belang indien zij gegevens willen raadplegen die vooraf beschikbaar zijn gesteld voor gebruik via een uitwisselsysteem (zoals het LSP).

Het vooraf toestemming geven is voor patiënten ingewikkeld vanwege de breedte van toestemmingsverlening. Ook moet vaststaan voor welke gegevens toestemming nodig is. De toegang tot die gegevens is geregeld bij autorisatie van de zorgprofessional op basis van een behandelrelatie. De controleerbaarheid (via logging) is daarbij een vereiste.

In het algemeen moet de patiënt toestemming geven voor alle gegevens die vooraf beschikbaar worden gesteld én voor gegevens die buiten de behandelrelatie verstuurd worden tussen zorgverleners. Idealiter geven patiënten toestemming aan de zorgverlener op het moment dat gegevensuitwisseling voor een bepaalde set gegevens aan de orde is. Dat is niet altijd mogelijk. Bijvoorbeeld bij medicatiegegevens is behoefte aan een actueel medicatie-overzicht op het moment van behandelen. In het algemeen moet de patiënt vooraf toestemming geven voor alle gegevens die (vooraf) beschikbaar worden gesteld via een uitwisselsysteem én voor gegevens die buiten de behandelrelatie verstuurd worden tussen zorgverleners. De wetgeving hieromtrent is complex.

Veel burgers/cliënten hebben nog geen toestemming gegeven om via een uitwisselingsysteem gegevens beschikbaar te stellen (zie ook vraagstuk acute zorg). Voldoende bekendheid hiervoor genereren blijkt lastig, maar ook sluit deze vorm van toestemmingverlening niet aan op de belevingswereld van de cliënt. Op dit moment mist nog de mogelijkheid voor de burger om zelf de regie te nemen over verlenen van toestemming in het moment of intrekken van toestemming.

Voor de generieke functie toestemming zijn per sector verschillende voorzieningen in ontwikkeling. Huisartsen en ziekenhuizen anticiperen op MITZ, de gekozen oplossing binnen het Informatieberaad. De langdurige zorg heeft de voorkeur voor de decentrale oplossing die NUTS biedt. Daarnaast zijn er ook regionale gemeenschappelijke oplossingen in gebruik.

Nog te doen

Het is wenselijk dat waar toestemming van de patiënt nodig is, de burger het verlenen van toestemming om deze gegevens elektronisch uit te wisselen vanuit één plek (online) vooraf kan regelen. MITZ moet in de lacune voorzien dat burgers ter plekke toestemming kunnen verlenen.

Met de keuze voor een gemeenschappelijk voorziening zoals MITZ is het nodig dat

1) Er een publiekscampagne over het gebruik van MITZ komt;
2) MITZ haar implementatiestrategie naar burgers (patiënten) en zorgverleners verder ontwikkelt;
3) Duidelijk wordt hoe MITZ in verschillende processen (bijvoorbeeld medicatie-overdracht) door zorgverleners kan worden ingezet;
4) Geleerd wordt van de oplossing die in het programma Spoed Toegang (SPOT) waarin de patiënt toestemming kan geven op het moment dat het nodig is (in afstemming met de zorgverlener)
5) Het zorgveld wil erop kunnen vertrouwen dat bij het gebruik van voorzieningen de geregistreerde toestemmingen actueel zijn.

6) Voor welke sectoren welke voorzieningen gelden en de implicaties daarvan duidelijk maken.

Het alternatief is toestemming via een PGO te organiseren maar dat veronderstelt ook een volwassen gebruik van PGO's.

Ten aanzien van de als complex ervaren wetgeving is nodig dat

1) afspraken worden gemaakt hoe we binnen de wettelijke kaders eenduidig omgaan met toestemming. Hierbij is onderscheid nodig tussen toestemming vooraf, veronderstelde toestemming en expliciete / just in time toestemming.
2) Verder moet is het wenselijk nader te analyseren of huidige zorgpraktijk en wetgeving voldoende op elkaar zijn afgestemd en aanpassing in wetgeving gewenst is.

3.1.3 Lokalisatie

Definitie

Voor het verlenen van goede zorg moeten zorgverleners de beschikking hebben over alle reeds aanwezige relevante informatie over cliënten. Deze informatie kan bij verschillende zorgaanbieders aanwezig zijn. Om de relevante informatie te kunnen vinden, is het van belang om te weten waar deze informatie zich bevindt. Lokalisatie stelt je in staat andere informatie te vinden.

Huidige situatie

Lokalisatie hangt nauw samen met toestemmingsvraag. Voordat een patiënt is aangemeld is toestemming al noodzakelijk. Indien bekend is waar de informatie zich bevindt dan is toestemming van de patiënt (vooraf, verondersteld of expliciet) en medewerking van de zorgverlener (actieve handeling WGBO) nodig om deze informatie te bekijken.

Er is op dit moment zorgbreed geen voorziening beschikbaar waar je of via welke je als zorgaanbieder of cliënt gegevens kan terugvinden of kan vaststellen waar gegevens over een patiënt zich bevinden. Dat geldt ook voor de vraag welke andere zorg- of hulpverleners betrokken zijn bij de cliënt. Denk hierbij ook aan het sociaal domein. De jeugdzorg maakt voor dit doel gebruik van een verwijsindex. Deze is in het ziekenhuis en huisartsen domein niet beschikbaar en toegankelijk.

De voorziening die gekozen is voor toestemming kan mogelijk ook lokalisatie ondersteunen. MITZ biedt functionaliteit aan zorgaanbieders om een abonnement op de toestemming van eigen patiënten te nemen. Hiermee worden ze direct geïnformeerd als er een toestemming wordt vastgelegd of een wijziging wordt doorgevoerd. Hierbij is toestemming voor registratie vooraf noodzakelijk. Deze registratie biedt daarmee ook de mogelijkheid om te achterhalen waar gegevens van de cliënt zijn vastgelegd. Uiteraard mag dat alleen gedeeld worden als er toestemming is van de patiënt en medewerking van de houder van de informatie.

Nog te doen

De lokalisatievraag kan worden opgelost langs de as van een voorziening waarin een kale verwijsindex is opgenomen of via een afsprakenstelsel dat ervoor zorgt dat beschikbare voorzieningen met elkaar de lokalisatie-informatie delen. Aangezien ook bij een verwijsindex zichtbaar is welke behandelrelaties een patiënt heeft (gehad) is hiervoor toestemming een vereiste. Verder is het vanwege de koppelingen waarschijnlijk een dure voorziening.

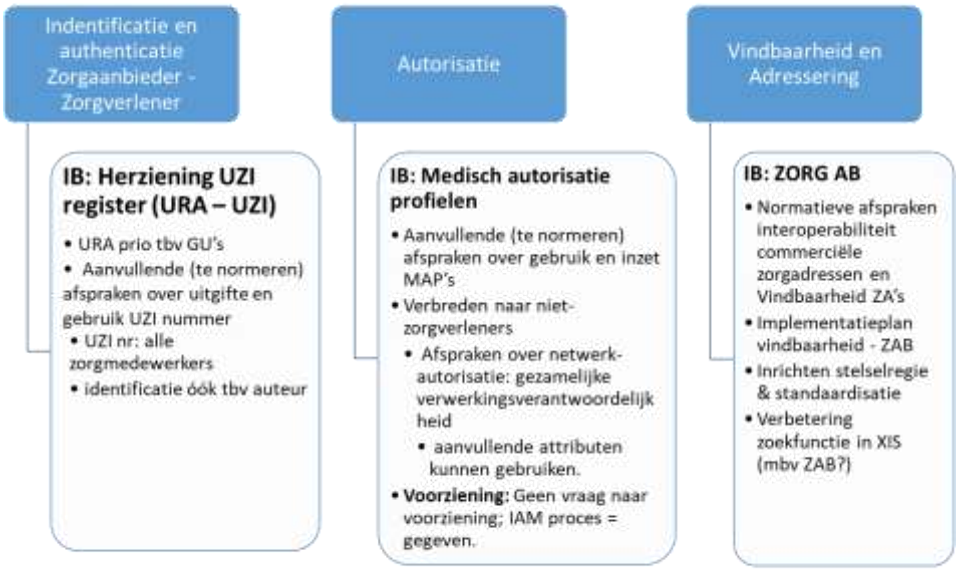
Andere mogelijkheden zijn om de zorgverlener zelf een rol te geven in lokalisatie. Huisartsen zouden een centrale rol kunnen vervullen als lokalisator. Apothekers

opteren voor die rol toegespitst op medicatie. Indien huisartsen een centrale rol krijgen moeten er betere afspraken worden gemaakt over het informeren door andere zorgverleners richting de huisarts over behandeling van diens cliënt. Dit betreft een gedistribueerde oplossingsrichting, die past bij de regierol van de huisarts, maar wel extra verantwoordelijkheid met zich meebrengt. Aan deze oplossing zit het praktisch bezwaar dat bekend moet zijn wie de huisarts van de patiënt is: ook zouden de HISsen continue indexgegevens moeten opleveren. Ook hier komt toestemming om de hoek kijken.

In overweging wordt gegeven of de burger niet zelf de lokalisator zou moeten zijn. Ook dat veronderstelt een volwassen gebruik van PGO's.

3.2 Cluster 2: identificatie, authenticatie, autorisatie en adressering (zorgaanbieder).

Uit de gesprekken met leveranciers en zorgverleners blijkt dat de functies identificatie en authenticatie, autorisatie en adressering erg vervlochten zijn. Voor de gegevensuitwisseling is een gemakkelijke en juiste vindbaarheid, identificatie en adressering van de *zorgaanbieder* het belangrijkst. De communicatie is namelijk merendeels gericht aan een zorgaanbieder of afdeling en slechts zelden aan individuele zorgverleners. In onderstaand figuur staan de bevindingen samengevat.



3.2.1 Identificatie en authenticatie zorgaanbieder en zorgverlener

Definitie
De wijze waarop de zorgverleners zichzelf identificeren en de identiteit van andere zorgverleners en zorgaanbieders eenduidig vaststellen. Mede mogelijk gemaakt door ondersteunende processen, zoals het authenticeren van de identiteit van een nieuwe medewerker en toekennen van zorg- of instellinggebonden identificerende nummers en toegang tot systemen (Identity en Acces Management, IAM). Maar ook het proces waarmee zorgaanbieders worden toegelaten tot de zorg (Wtza). De wijze

waarop de identiteit is verstrekt, bepaalt het niveau van vertrouwen (laag/substantieel/hoog) dat de keten daar in kan hebben.

Huidige situatie identificatie zorgaanbieders
Zoals bekend worden in de identificatie en adressering van zorgaanbieders verschillende landelijke codes en nummers gebruikt, ieder met eigen tekortkomingen. Leveranciers geven daarbij aan dat een unieke identificatie van zorgaanbieders gekoppeld moet zijn aan die van hun IT-systemen. Zij constateren dat voor het identificeren van systemen en het koppelen aan de zorgaanbieder een mechanisme ontbreekt.

Hier is het besluit van het IB met betrekking tot het project Herziening UZI van belang. Dit project heeft als primair doel om in de toekomst aan alle relevante zorgmedewerkers UZI-nummers te verstrekken. Onder de Wdo toegestane authenticatiemiddelen kunnen dit UZI-nummer als attribuut ontsluiten. Daarnaast is het doel om aan alle onder Wtza toegelaten zorginstellingen URA-nummers te verstrekken op het juiste, herkenbare organisatieniveau. Het uitgangspunt is hierbij om de UZI-nummers en eventuele andere kernmerken te ontkoppelen van authenticatiemiddelen. De in de zorgcontext benodigde attributen, zoals UZI-nummer of rolcode voor zorgverleners en BSN voor cliënten) zouden beschikbaar moeten komen ten behoeve van gebruik in zorgprocessen.

Mogelijk kan het project de koppeling van de nieuwe URA's aan IT-systemen ondersteunen. Zodat – indachtig IoT –ook voor het zorgveld op termijn systemen een eigen herkenbare identiteit krijgen. Dit gaat verder dan het gebruik van UZI-servercertificaten, waarmee in geautomatiseerde uitwisseling vastgesteld kan worden dat het bericht van de juiste organisatie afkomt.

Nog te doen
Met het uitgeven van de URA's (en mogelijk systeemidentiteiten) is de gewenste functionaliteit nog niet geheel 'gedekt'. Er blijven een aantal vraagstukken over die zich lenen voor normering en standaardisatie. Zo constateren leveranciers dat veel van de huidige uitwisseling vooral gebaseerd is op vertrouwen en minder op waarborgen. Dit gaat redelijk goed zolang als gegevensuitwisseling gebaseerd is op het sturen van informatie (push). Voor raadpleging (pull) zijn zwaardere waarborgen en betere afspraken rond identificatie noodzakelijk. Denk hierbij aan afspraken over:

- het niveau van zekerheid dat geboden moet worden door uitgifte proces vd instelling, hoe weet je of dat adequaat is?
- Single Sign On (eenmalig autoriseren/authenticeren, meervoudige toegang tot applicaties)
- het moment waarop identificatie/authenticatie (van systemen) moet plaatsvinden
- wanneer op persoons- of organisatieniveau te identificeren.

Huidige situatie Identificatie zorgverlener
De identificatie en autorisatie van zorgverleners wordt ondersteund door personeelszaken en hun IAM-proces. Dit proces maakt onder ander gebruik van de Active Directory van Microsoft. De identificatie vindt nu nog plaats met eigen processen en verschillende landelijke en of instellingsnummers. Zoals gezegd is deze werkwijze vaak niet toereikend voor instellingsoverstijgende uitwisseling. De identiteiten/attributen worden dan niet op het juiste niveau van vertrouwen uitgegeven. Daardoor ontbreekt een voldoende niveau van zekerheid om bij bevraging gegevens op te leveren. In dit opzicht zijn er grote verschillen tussen bijvoorbeeld de eerste en tweede lijn, afhankelijk van de mate waarin men gebruik

maakt van de UZI-pas, waarvan de uitgifte op niveau 'hoog' voor een voldoende vertrouwensbasis zorgt

Ook hierin is het Project herziening UZI relevant. Dit moet mogelijk maken dat alle medewerkers in de zorg geïdentificeerd kunnen worden met een UZI-nummer dat gekoppeld kan worden aan een groeiend aantal relevante attributen zoals bijvoorbeeld rol codes (ten behoeve van autorisatie), het BIG-nummer en het URA (werkgever).

Bij authenticatie is gebruiksgemak een uitdaging. Het komt regelmatig voor dat bijvoorbeeld door assistenten gedeelde computers open blijven staan omdat het steeds in- en uitloggen bewerkelijk is.

Nog te doen
Rond het uitgeven en gebruiken van dit UZI-nummer moeten nog wel afspraken gemaakt worden, mogelijk middels normering. Een paar voorbeelden van de vraagstukken:

- waar (door welke sectoren en instellingen) en wanneer (welke usecases of processen) UZI-nummer in te zetten? Is het gebruik vrijwillig of verplicht?
- hoe vindt implementatie van het UZI-nummer plaats in IT-producten? Kan gebruik gemaakt worden van bestaande technische afspraken voor het registreren, versturen, overnemen en loggen van identificerende nummers, of moeten er (aanvullende) afspraken gemaakt worden?
- hoe borgen dat wanneer een medewerker vertrekt, de zorgaanbieder er voor zorgt dat het UZI-nummer niet langer gekoppeld blijft aan het URA van de zorgaanbieder.
- Ontkoppelen van BSN (burgerdomein) en UZI (zorgdomein). Deze functie kan op verschillende manieren worden ingevuld, privaat of publiek. Deze invulling is in onderzoek.

3.2.2 Autorisatie zorgverlener

Definitie
Het toekennen van rechten op basis van autorisatieregels voor de toegang tot gegevens in ICT voorzieningen, zoals cliëntinformatie en de lees-, uitwissel, of schrijfrechten daarop. De autorisatie kan gelden voor zorgverleners, zorgaanbieders en IT-systemen.

Huidige situatie
Zorginstellingen autoriseren medewerkers op basis van intern beleid passend bij eigen, soms onderling verschillende processen. Bij ieder uitwisselingsproces wordt mede daardoor per use case gediscussieerd tussen zorginstelling en betrokken leveranciers wat de juiste autorisatie is. Daardoor moeten alle oplossingen apart getoetst worden aan wet- en regelgeving. Dit vertraagd implementatie en schept onzekerheid over juridische consequenties. Het goed inregelen, uitvoeren en controleren van autorisaties is een complex proces en is voor individuele partijen nagenoeg niet uitvoerbaar.

Er zijn hierin aanzienlijke verschillen tussen verschillende zorgsectoren. In de eerste lijn is de UZI-pas breed in gebruik, ook door assistenten. Daardoor kan men gebruik maken van UZI-rolcodes. De stap naar standaard profielen moet nog wel gemaakt worden. In de tweede lijn stelt de ziekenhuis-autorisatiecommissie (voor het ziekenhuis) profielen op die de basis vormen voor de autorisatiematrices waarin bijvoorbeeld onderscheid in rechten geborgd wordt tussen artsen en verpleegkundigen.

Deze instellingsgebonden werkwijze is echter niet meer toereikend wanneer er in het kader van netwerkzorg met andere instellingen gekoppeld wordt. Er zijn dan ketenwaarborgen nodig en daarmee is er minder ruimte voor maatwerk per instelling. Binnen de instelling kan men dan nog wel eigen autorisaties inrichten als dat gewenst is, maar deze moeten in de keten gemapt kunnen worden naar de gezamenlijke afspraken.

Hier is het besluit van het Informatieberaad relevant om in het kader van de prioritaire gegevensuitwisselingen per beroepsgroep landelijk Medische Autorisatie Profielen (MAP's, gekoppeld aan UZI-rolcodes) op te stellen. Hierover wordt vanuit regionale ervaring opgemerkt dat door de huidige verschillen in personeels- en autorisatiebeleid tussen (soorten) instellingen in de regio de transitie naar een landelijk stelsel uitdagend is.

Een van de uitdagingen is om de profielen voldoende onderscheidend te maken. Nu kan er geen onderscheid gemaakt worden tussen bv. Ziekenhuis- of wijkverpleegkundigen (het is nu alles of niets). Gerichte autorisatie verlening moet ondersteund worden. Tegelijkertijd ontbreken nu objectieve spelregels op basis waarvan beroepsgroepen toegang kunnen krijgen en niet uitgesloten kunnen worden door andere beroepsgroepen.

Nog te doen
Naast het ontwikkelen van de MAP's voor zorgverleners moeten er over een aantal zaken nog (te normeren) afspraken gemaakt worden. Denk hierbij aan:
- De hierboven benoemde objectieve spelregels tussen beroepsgroepen
- De mogelijkheid van Netwerk-autorisatie waarin er een gezamelijke verwerkingsverantwoordelijkheid onstaat;
- het moment en de wijze waarop in gegevensuitwisseling de autorisatie gecheckt moet worden;
- MAP's en rolcodes voor bepaalde categorieën niet-zorgverleners met toegang tot het medische gegevens (bijv. baliemedewerkers, assistenten, ITers);
- de inzage door patiënten en wettelijk vertegenwoordigers;
- de zorgbrede eenduidige koppeling aan identiteiten;
- discrepanties tussen de interne autorisatie en die volgens het MAP.
- waar moet helder zijn waar de autorisatie plaatsvindt. Wie bepaalt of iemand iets mag zien, de opvrager of de ontvanger?

De behoefte aan een gemeenschappelijke technische autorisatievoorziening is in de gesprekken niet naar voren gebracht. Ook Vzvz geeft aan: eerst overkoepelende afspraken maken over autorisatie. Op termijn kan bekeken worden of een voorziening van nut kan zijn.

3.2.3 Vindbaarheid en adressering

Definitie
Het ten behoeve van gegevensuitwisseling snel en eenduidig vindbaar en adresseerbaar maken van zorgaanbieders, zodat gegevens naar een juist adres verstuurd kunnen worden of bij een juist adres opgehaald kunnen worden. De adressering moet aansluiten bij de gekozen infrastructuur. Hiertoe moeten zorgaanbieders en zorgverleners zichzelf vindbaar kunnen maken richting andere zorgaanbieders, -verleners en cliënten.

Huidige situatie

Push-berichten, zoals verwijzingen, ontslagbrieven en overdrachten, worden bijna altijd gericht aan de zorgaanbieder omdat de zorgverlener geen constante factor is in het zorgproces.
Bij kleine organisaties in de VVT en paramedie gaat dit verwijsproces vaak nog op papier, of via veilige mail, edifact of messenger-app's. In een groeiend aantal situaties is inmiddels ketenoverdracht mogelijk via infrastructuren zoals Zorgdomein. Deze infra ondersteunen de vindbaarheid van zorgaanbieders, zodat cliënten door andere zorgaanbieders aan hen gepresenteerd worden. Zorgaanbieders registreren daartoe hun adressen zelf in de bij de producten behorende adresboeken, zodat deze vaak goed op orde zijn. Daarnaast bieden deze applicaties veel functionaliteit, zoals goede zoekmogelijkheden en voorselectie van de patiënt ten behoeve van de verwijs- of ontslagbrief. Deze producten zijn vaak per regio ingericht, waardoor partijen elkaar kennen en capaciteitsinformatie beschikbaar is.

Deze private adresboeken zijn niet open toegankelijk voor andere leveranciers en niet onderling interoperabel. Een aantal gecertificeerde leveranciers van veilige mail heeft de adresboeken inmiddels wel gekoppeld waardoor de klanten onderling interoperabel zijn.

Naast deze private adresboeken zijn er een aantal landelijke en publieke adresregisters zoals het LRZa (een openbaar knooppunt voor het handelsregister, BIG-register en het AGB-register), de MedMij Zorg Adres Lijst (ZAL), waarin naast zorginstellingen bijvoorbeeld ook sportscholen kunnen worden opgenomen en het ZORG-AB (LSP-endpoints en het AGB-codes). Het Informatieberaad heeft het Zorg-AB als kandidaat bouwsteen vastgesteld.

Een aantal leveranciers werkt pre-concurrentieel samen in NUTS aan een hybride initiatief om op open wijze adressering en identificatie te ondersteunen. Hierin koppelt men adressen en identiteiten van zowel instellingen als systemen bij voorkeur aan publieke certificaten van Wtza-toegelaten instellingen.

Voor de hierboven genoemde registers geldt dat zij allemaal hun beperkingen kennen. De commerciële adresboeken zijn kwalitatief goed, maar alleen te gebruiken door de eigen klanten. De openbare registers zijn allemaal voor een specifiek doel ingericht en bevatten niet de voor alle usecases benodigde adressen. Daarnaast sluiten deze registers niet op een natuurlijke manier aan op het zorgproces: er ontbreekt een prikkel voor zorgaanbieders om adressen permanent up to date te houden.

Zo is het AGB lastig in gebruik, omdat zorgaanbieders vaak over veel ('slapende') AGB-codes beschikken en niet duidelijk is hoe daaruit gekozen moet worden. AGB-codes zijn uitgegeven voor ondersteuning van het declaratieproces en daardoor niet volledig. Als er een goede oplossing voor identiteiten beschikbaar komt (zoals unieke UZI nummers voor alle zorgmedewerkers) kan deze de AGB-codes vervangen.

Omdat er op dit moment geen uniek nummer is om op te koppelen, omvat het Zorg-AB een 'wasstraat' om nieuwe adressen in het Zorg-AB te kunnen ontdubbelen. Ook is Vzvz in gesprek met leveranciers zoals Zorgdomein over de beschikbaarstelling van hun adressen via Zorg-AB.

Nog te doen

- Realiseren afsprakenstelsel zorgadressen

In 2019 heeft het Informatieberaad ingestemd met het verbinden van de private en openbare adresboeken en registers door middel van een afsprakenstelsel. In de besluitvorming rond het Zorg-AB is dit ook weer bevestigd. Er is echter nog geen concreet initiatief om hierin de regie te nemen en het afsprakenstelsel te realiseren.

Leveranciers geven aan dat zij identificatie en adressering ondersteunen op basis van de klantvraag. Door het ontbreken van regie is de huidige spaghetti van identiteiten en adressen en bijbehorende hoge registratielast voor zorgpersoneel het resultaat. Leveranciers volgen over het algemeen de beschikbare NEN normen. Op het gebied van adressering ontbreken deze echter ten aanzien van:

- de technische interoperabiliteit tussen adressen (vergelijk veilige mail)
- openstelling van nu nog besloten adresboeken naar andere leveranciers
- ook ziet men kansen in zorgbrede standaardisatie van identificatie/adressering (van de IT systemen) van zorgaanbieders:
    - Identificeren/adresseren per zorgaanbieder, of ook per afdeling (bijvoorbeeld URA 1 gekoppeld aan 1.1, 1.2, etc)?
    - Hoe om te gaan met portalen en meerdere ketenpartners/zorgaanbieders uit verschillende domeinen?

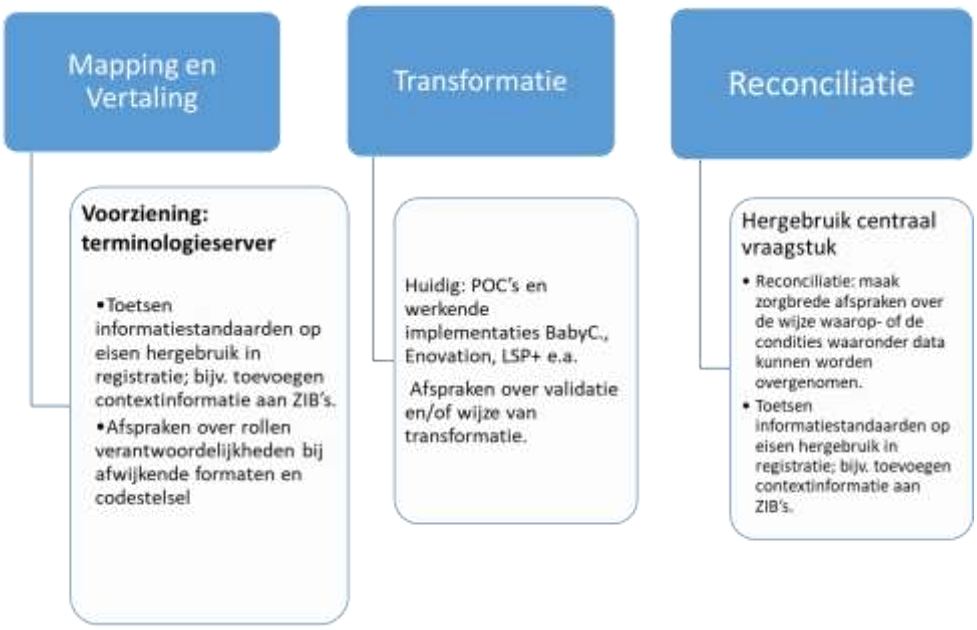
Zorgverleners constateren dat de eigen rol van zorgaanbieders en zorgverleners ten aanzien van vindbaarheid en adressering nog niet goed is ingevuld. Zo ontbreekt:

- een handreiking, richtlijn of norm ten aanzien van vindbaarheid om zorgverleners houvast te geven. Wat moeten zorgaanbieders zelf doen om gemakkelijk vindbaar te zijn voor hun collega's? Welke adressen gebruik je voor welke zorgdoelen (bijv. voor inzage, voor verwijzing) en hoe deel je dit met het veld (zorgsoorten, indicaties, spoed)?
- een Implementatieplan om het Zorg-AB voor dit doel te gebruiken ontbreekt.
- een goede zoekfunctie (met mogelijkheid voor verfijning) in hun EPD om andere zorgaanbieders te kunnen vinden. Gebaseerd op gestandaardiseerde adreslijsten in de EPD's (niet meer per XIS/zorgaanbieder inregelen). Dit vergt koppeling van het EPD aan het Zorg-AB.

Zorgverleners sluiten zich aan bij de vraag om open adressen in de vorm van publieke data en het koppelen of standaardiseren van deze adressen zodat deze los van de verschillende infra gebruikt kunnen worden.

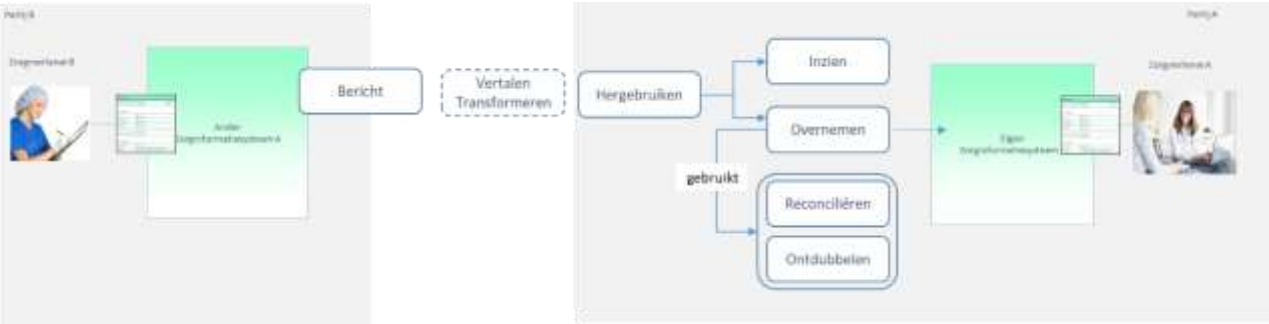
3.3 Cluster 3: mapping, transformatie en reconciliatie

Het derde cluster heeft vooral betrekking op functies die in de feitelijke uitwisseling van gegevens van belang zijn zoals mapping en transformatie. In de gesprekken met leveranciers en zorgverleners is specifiek gewezen op reconciliatie. In onderstaand figuur staan de bevindingen samengevat.



Voor meervoudig gebruik van gegevens (en documenten) moeten zorgverleners de ontvangen informatie veilig kunnen inzien en begrijpen; zodanig dat zij er in de zorgverlening op kunnen handelen. Vervolgens moeten zij besluiten welke aangeleverde documenten en data-elementen zij overnemen in het cliëntdossier. Zij moeten deze gegevens daartoe beoordelen en mogelijk ook bewerken of ontdubbelen om deze in overeenstemming te brengen met de eigen gegevens in het beheerde cliëntdossier. Het gaat daarbij niet alleen om het in overeenstemming brengen met het eigen dossier, maar ook om het verenigen van informatie die vanuit verschillende bronnen ontvangen is (denk bijvoorbeeld aan een medicatieoverzicht). Dit beoordelen en in overeenstemming brengen, wordt *reconciliatie* of *consolidatie* genoemd. Wij hanteren hierna de term 'reconciliatie'.

Een belangrijke voorwaarde voor zowel het kunnen inzien, als het reconciliëren van gegevens is dat de betekenis en waarde van de gegevens begrepen kunnen worden. Bij cross sectorale uitwisseling is een goede *vertaling* op basis van een mapping tussen de gebruikte terminologieën van belang. Ook zullen berichten van het ene naar het andere format *getransformeerd* moeten worden, bijvoorbeeld van het CDA naar FHIR-format.
NB Heel veel aandacht voor tweede issue bij medicatieproces. In functioneel ontwerp regels (business rules) opgenomen om informatie vanuit verschillende bronnen te consolideren tot een medicatieoverzicht door de ontvangende XIS/PGO. Vraag is nog of behoefte is aan een generieke voorziening die dat voor de XISsen doet. Dat wordt op dit moment uitgezocht. Vooralsnog grote behoefte bij 1 leverancier (Chipsoft). Mogelijk ook behoefte bij XISsen die alleen inzage hoeven te geven en geen bewerking.



3.3.1 *Vertaling & mapping naar gestructureerde data-elementen*

Definitie
Het proces waarin medische begrippen, hun betekenis en bijbehorende waarden vertaald worden van het ene naar het andere domein, zodanig dat zorgverleners elkaars gegevens begrijpen en kunnen vertrouwen. Denk hierbij aan vertaling van het begrip 'rookgedrag' naar het begrip 'tabaksgebruik'. Hierbij wordt gebruik gemaakt van mappingen tussen de relevante terminologieën, classificaties en codestelsels, op basis waarvan geautomatiseerde vertaling mogelijk is.

Huidige situatie, tekortkomingen
Zowel CMIO's als leveranciers hebben veel verteld over de (on)mogelijkheden in het huidige stelsel om eenmaal geregistreerde en overgedragen gegevens daadwerkelijk meervoudig te hergebruiken. Daarmee werd vooral de functie 'Reconciliatie' veel besproken, ondanks dat deze niet in de top 10 van geprioriteerde functies staat. De functies transformatie en vertaling zijn randvoorwaardelijk voor hergebruik en reconciliatie.

De ontvangende zorgverlener kan een paar dingen doen met ontvangen gegevens: negeren, gebruiken zonder over te nemen, of overnemen in het dossier (integraal of met aanpassingen). Zorgverleners moeten daartoe de gegevens beoordelen omdat aan het overnemen van ontvangen gegevens risico's verbonden kunnen zijn. Bijvoorbeeld wanneer een elektronisch voorschrijfsysteem op basis van verkeerde interpretatie van nieuwe medicatiegegevens automatisch tot aanpassing van medicatie zou overgaan. Er is geen zorgbrede richtlijn of handreiking voor de condities waaronder gegevens kunnen worden overgenomen. Nu gebeurt dat per gegevensuitwisseling of domein op een eigen manier.

Men stelt vast dat deze beoordeling nu nog vaak problematisch is. De volgende oorzaken worden genoemd:

- Bij generieke datatsets of informatiestandaarden ontbreekt vaak een eenduidige relatie tussen de uit te wisselen gegevens en het zorgproces. Wanneer die relatie wél eenduidig is (zoals bijvoorbeeld in het medicatieproces) of wanneer de kwaliteit geborgd is (bijvoorbeeld bij labwaarden[1]) is het overnemen in het dossier gemakkelijker en kan mogelijk automatisch worden uitgevoerd.
- Voor reconciliatie is contextinformatie nodig. In geval van een eenduidige relatie tussen gegevens en proces is de context duidelijk. Bij meer generieke datasets moet deze context verder geëxpliciteerd worden (op niveau van individuele

[1] N.b. Ook bij medicatie worden nog problemen voorkomen. O.a. coderingen, doses en verpakking sluiten niet altijd op elkaar aan tussen de eerste lijn en ziekenhuizen. Bij labwaardes zijn terminologiestels LOINC en NHG-tabel ook niet volledig op elkaar te mappen.

ZIB's). Denk daarbij aan 'auteur van de data', 'zorgproces waarin de data geregistreerd is'.

- Leveranciers en zorgverleners constateren beide dat de bronregistraties zijn ingericht volgens bedrijfseigen informatiemodellen. Dit bemoeilijkt de implementatie en vertaling van bijvoorbeeld ZIB's. Het streven naar een standaardisatie van alle bronregistraties en één en dezelfde manier van werken (functionaliteit) en één informatiemodel (bijvoorbeeld op basis van de ZIB's) is niet realistisch (erg kostbaar en intensief). Een betere oplossingsrichting is volgens de leveranciers eenduidige taal en techniek te borgen in goede koppelvlakken welke de vertaling van de eigen "taal" en "techniek" binnen informatiesystemen naar de uitwisselstandaard ondersteunen.
  Het eindrapport doelarchitectuur gaat dieper in op de wijze waarop dit zou kunnen gebeuren. De conclusie is dat een zorgbreed kennis/informatiemodel (ontologie) ontbreekt dat in staat stelt om de betekenis van gebruikte dataelementen (en daarmee hun onderling relatie) te expliciteren. Dit bemoeilijkt het ontwikkelen van mappings en vertaling.
- Om bovenstaande uitdaging aan te gaan heeft Nictiz recent de Terminologie-server gelanceerd. Deze bevat nu mappings van Snomed CT en Loinc. Op basis van de mappings kan de server vertalingen verrichten. IT-leveranciers kunnen ook zelf vertalingen uitvoeren, op basis van hun aanvullende codelijsten. Daarnaast zijn overigens verschillende PoC's waarbij binnen de huidige beperkingen vertaalmodules zibs vullen met data uit een XIS.

Nog te doen

- Er is op dit moment bij de ontwikkeling van ZIB's geen vaste werkwijze van het 'mappen' van gestructureerde documenten en data-elementen of de wijze waarop gehandeld dient te worden wanneer er nog geen ZIB's beschikbaar zijn.
- Maak zorgbrede afspraken over de wijze waarop- of de condities waaronder data kunnen worden overgenomen;
- In het ontwerp van informatiestandaarden en ZIB's zou scherper getoetst moeten worden welke eisen hergebruik van data stelt aan de voorafgaande de registratie, bijvoorbeeld ten aanzien van contextinformatie;
- Veelal (bv in geboortezorg 95%) kan worden volstaan met raadplegen van gegevens. Dan is mapping een minder urgent probleem.

Gemeenschappelijke voorziening

- De wens is om landelijk de huidige set aan mappings (bijvoorbeeld binnen de Terminologieserver uit te breiden zodat deze de reeds geïmplementeerde classificatie, terminologie en codestelsels binnen de zib's dekken. Bijvoorbeeld de mapping tussen ICD-10 binnen het ziekenhuis en ICPC binnen huisartsenpraktijk voor het registreren van ziektebeelden.

Deze mappings ontbreken nu ook bij de uitwisseling van medicatiegegevens. Programma Medicatieoverdracht onderzoekt nog of er behoefte is aan een gemeenschappelijke voorziening die vertaling en reconciliatie voor de XISsen kan uitvoeren. Vooralsnog bestaat de behoefte bij een leverancier. Mogelijk bestaat de behoefte ook bij XISsen die alleen inzage hoeven te geven en geen reconciliatie nodig is.

3.3.2 Transformatie

Definitie

Het proces waarin het ene uitwisselformaat in een ander formaat wordt omgezet (bijvoorbeeld van XDS naar FHIR), zodat geautomatiseerde verwerking mogelijk wordt. Het kan ook gaan om transformatie van tussen versie van een standaard.

Deze technische transformatie vindt plaats op basis van templates voor ieder van de betrokken uitwisselstandaarden. Zo zijn er in het kader van medicatieoverdracht door Nictiz templates ontwikkeld voor transformatie van HL7v3 berichten naar FHIR profielen.

Huidige situatie, tekortkomingen
Voor veel gegevensuitwisselingen of usecases ontbreken de templates die voor een goede transformatie nodig zijn. In deze gevallen is er geen gevalideerde transformatie zonder gegevensverlies mogelijk wanneer de ontvangende partij een ander formaat gebruikt dan de partij die de gegevens verzendt.
Er zijn nu al verschillende leveranciers van transformatieservices, die gebruik maken van de al ontwikkelde templates.

Nog te doen

- Leveranciers geven aan dat de voor transformatie noodzakelijke templates onder centrale en publieke regie als gemeenschappelijke voorziening zou moeten worden ontwikkeld en beheerd, om zo de interoperabiliteit te borgen. Op basis daarvan zou zowel centraal als gedistribueerd (door dossier- en infrasystemen) transformatie plaats kunnen vinden.
- Er zijn normatieve afspraken nodig over de rolverdeling hierin (wie is er bijvoorbeeld verantwoordelijk voor de transformatie? De verzendende of ontvangende partij?) en de wijze van transformatie.

Bijlage A. Overzicht generieke functies, afspraken en voorzieningen

Cluster 1

Identificatie Cliënt	
Huidig	BSN voor legitimatie
Afspraken over	Omgang met niet-BSN gerechtigden
	Beschikbaar maken van BSN via andere middelen (bv. eiDAS)
Voorziening	'Register van registers' -> diverse nr's als attributen beschikbaar.

Toestemming	
Huidig	Besluit IB: Mitz OTV
Afspraken over	Ruimte voor toestemmingsvoorzieningen in regio en specifieke sectoren
	Evaluatie van huidige W&R tav rechtvaardiging en autorisatie (opt out)
	Hoe toestemming te verlenen op moment dat zorg nodig (analogie SPOT)
	Hoe MITZ in te zetten in het zorgproces (communicatie, implementatie)
Voorziening	MITZ/NUTS/regionale alternatieven

Lokalisatie	
Huidig	Geen vaste oplossing: hangt samen met toestemming
Afspraken over	Mogelijk rol van lokalisatoren in het proces: huisarts en andere poortwachters
	Mogelijk rol van patiënt zelf via PGO
Voorziening	(Onderzoeken) Verwijsindex (zoals in jeugdzorg als bestaat)

Cluster 2

Indentificatie en authenticatie Zorgaanbieder - Zorgverlener	
Huidig	Besluit IB: Herziening UZI register (URA – UZI)
Afspraken over	Waarborgen bij raadpleging, SSO e.a. (meer zekerheden gewenst)
	Betrouwbaarheidsniveau uitgifte proces andere instelling
	Condities, mate van verplichting en toepassingsgebied

		UZI en URA nummers
		Uitgifte en gebruik UZI nummer
	Voorziening	Herontwerp UZI-register, ontkoppeling van authenticatiemiddel

Autorisatie		
	Huidig	Besluit IB: Medisch autorisatie profielen
	Afspraken over	Objectieve spelregels over toegankelijkheid tussen beroepsgroepen
		Het moment en de wijze waarop in gegevensuitwisseling de autorisatie gecheckt moet worden
		Inzage door patiënten en wettelijk vertegenwoordigers
		De zorgbrede eenduidige koppeling aan identiteiten.
		Discrepanties tussen de interne autorisatie en die volgens het MAP.
		Waar autorisatie plaatsvindt. Wie bepaalt of iemand iets mag zien, de opvrager of de ontvanger?
		Netwerk-autorisatie: gezamelijke verwerkingsverantwoordelijkheid
	Voorziening	-Aanvullend ontwikkelen van MAP's voor niet-zorgverleners -Geen verder vraag naar voorziening; IAM proces = gegeven.

Vindbaarheid en Adressering		
	Huidig	Besluit IB: ZORG AB
	Afspraken over	Interoperabiliteit tussen adressen (vergelijk veilige mail) en openstelling van nu nog besloten adresboeken
		Zorgbrede standaardisatie van identificatie/adressering (van de IT systemen) van zorgaanbieders
		Ondersteunen vindbaarheid Zorgaanbieders (richtlijn & implementatieplan Zorg-AB)
		Verbetering zoekfunctionaliteit in XIS (mbv Zorg-AB?)
	Voorziening	- Realiseren afsprakenstelsel en regie op zorgadressen - ZORG AB, rekening houdend met andere ZAB oplosssingen

Cluster 3

Mapping en Vertaling		
	Huidig	Geen vastgestelde voorziening of afspraken/normen aanwezig
	Afspraken over	Werkwijze bij mapping en vertaling

		scherper toetsen informatiestandaarden aan eisen die hergebruik stelt aan de voorafgaande de registratie (bijvoorbeeld contextinformatie).
	Voorziening:	- Terminologieserver zoals door Nictiz ontwikkeld in proces van toelating - Verbreden van mappings, iig scope ZIB's

Transformatie		
	Huidig	POC's en werkende implementaties BabyConnect, Enovation, LSP+ e.a.
	Afspraken over	Rolverdeling en verantwoordelijkheid en de validatie en / of werkwijze van transformatie
	Voorziening	Uitbreiden van set aan relevante templates voor transformatie onder gemeenschappelijke/publieke regie.

Reconciliatie		
	Huidig	Hergebruik centraal vraagstuk, geen standaard oplossing
	Afspraken over	De wijze waarop- of de condities waaronder data kunnen worden overgenomen.
		Toetsen informatiestandaarden op eisen hergebruik in registratie; bijv. toevoegen contextinformatie aan ZIB's.
	Voorziening	Niet specifiek benoemd

Algemeen

Implementatie-ondersteuning		
	Huidig	Ontbreken van testmogelijkheden
	Afspraken over	Geen afspraken benoemd
	Voorziening	Verbeteren ondersteuning implementatie (testen en kwalificeren)

Bijlage B. Overzicht van generieke functies

Longlist generieke functies	Open consultatie 2020
Abonneren op datamutaties voor een zorgaanbieder / zorgverlener (ontvanger)	Autorisatie zorgverlener
Archiveren van data voor een zorgaanbieder / zorgverlener	Berichtenstandaard
Authenticeren van een zorgaanbieder / zorgverlener	Identificatie cliënt
Autoriseren van een zorgaanbieder / zorgverlener	Identificatie zorgverlener
Gestructureerd ophalen (pull) van data door een zorgaanbieder / zorgverlener (met behulp van uitwisselingsstandaard)	Lokalisatie/ vindbaarheid cliëntgegevens
Gestructureerd sturen (push) van data door een zorgaanbieder / zorgverlener (met behulp van uitwisselingsstandaard)	Machtiging
Identificeren van een zorgaanbieder / zorgverlener	Mapping gegevensset naar gestructureerde data-elementen
Inzien van data door een zorgaanbieder / zorgverlener (met potentieel reconciliatie van data)	Toestemming cliënt
Loggen van events getriggerd door een zorgaanbieder / zorgverlener	Transformatie
Machtigen van een zorgaanbieder / zorgverlener	Vinden & adresseren zorgverlener
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)	

Bijlage C. Respondenten en klankbordgroep

Mariette Willems (st. Legio)
William van der Stappen (CWZ)
Tjeerd van Rees Vellinga (Arkin – NHN)
Renie Heerbaart (IZIT, RSO NL)
Marlies Schijven (AUMC, Cmio VWS)
Karin Ankoné (Saxenburgh)
Jeroen Windhorst-Sjauw en Wa (Commitcare)
Anil Jadoenathmisier (Vzvz)

Eddy van de Wercken (Centric, OIZ)
Arjen Sontag (Nexus, OIZ)
Roel Barelds (Tenzinger, OIZ)
Eric de Boer (Winbase, OIZ)
Robert van Wijk (Farmed, OIZ, NedXis)
Giel Smidt (Pink, OIZ)
Robi Nederlof (NedXis)

Klankbordgroep
Anil Jadoenathmisier (Vzvz)
Mark de Lange (Wegiz)
Pieter van Bemmel (VWS)
Yola Park (VWS)
Machel Nuyten (KNMP)
Paul Hoogland (NFU)
Dorien Veldhuyzen (Carecodex)
Claartje Schouten (Carecodex)
René Hietkamp (ZINL)
Quintus Bosman (Nictiz)
Martina Bartelink (Legio/Open)
Marja Verwoerd, (Medicatieoverdracht)
Renate Kieft (Inzicht)
Carolien Bouma (RadB)
Gé Klein Wolterink (RadB)

Bijlage D. Definities voor eenduidig begrip

(Bron: notitie Inrichten van een proces voor gemeenschappelijke voorziening, IB 22 februari 2021)

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.

Generieke norm:
Een norm is een vrijwillige afspraak tussen partijen over een product, dienst of proces. Normen zijn geen wetten, maar 'best practices'. Iedereen kan - op vrijwillige basis - hier zijn voordeel mee doen. Een norm omvat de set van zorgbrede functionele afspraken die een generieke functie beschrijven. De norm beschrijft de afspraken voor de functie in functionele en niet-functionele eisen. Een generieke norm bestaat naast de specifieke normen, zoals de norm voor medicatieveiligheid.

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). De gemeenschappelijke voorziening kan door een zorgorganisatie zelfstandig binnen haar span of control worden geïmplementeerd (via de diensten van een dienstverlener) of worden gekozen, maar bevat afhankelijkheden met andere zorgorganisaties (en haar dienstverleners) waardoor gemeenschappelijke afspraken noodzakelijk zijn. Hiervoor kan het wenselijk zijn een generieke norm en certificering van dienstverleners te realiseren.
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.