

Advies MedElkaar

Van knelpunten naar oplossingen

*“Wat je ook doet, je hebt moed nodig.
Welke koers je ook bepaalt,
er is altijd iemand die je verteld dat je het verkeerd hebt.”*
Ralph Waldo Emerson, dichter en filosoof (1803-1882)



Voor het insturen van commentaar: scan de QR-code of gebruik [deze link](#)

auteur Bart Brandenburg i.s.m. de MedElkaar projectgroep
versie 0.1
datum 18 januari 2023

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

Inhoudsopgave

1. Inleiding en aanleiding	3
2. De inhoud van de acht MedElkaar-bouwblokken	7
3. De inhoud en uitkomsten van negen onderzoeken	8
4. De input van de MedMij-deelnemers (leveranciers)	12
5. Het 10^e onderzoek: uitwerking van vier scenario's	13
6. Conclusies, aanbevelingen en vervolgstappen	18

1. Inleiding en aanleiding

Het MedElkaar-initiatief is in een fase beland waarin de initiatiefnemers (MedMij, VWS, ZN en de Patiëntenfederatie) besluiten willen nemen over het optimale scenario om het doel van MedElkaar te bereiken: hoe kunnen we persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) binnen afzienbare tijd beter bruikbaar en nuttig te maken voor patiënten én zorgverleners. Schematisch is dit proces, dat in het 1^e kwartaal van 2023 zijn beslag krijgt, weergegeven in de afbeelding, het MedElkaar actieplan Q1 2023.



Dit eerste advies zal op 31 januari 2023 in de bestuurlijke regiegroep van MedElkaar worden besproken en daarna worden aangeboden aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dhr. Ernst Kuipers. In februari vindt aanvullend onderzoek plaats, leidend tot een aangescherpt advies in februari. Naar verwachting zal de ministeriële besluitvorming medio maart 2023 plaatsvinden.

De informatie waarop dit advies is gebaseerd

Het advies is gebaseerd op de volgende vier onderdelen.

1. De uitkomsten van de **acht** MedElkaar-bouwblokken die zijn voortgekomen uit de knelpunten-analyse die in de loop van 2022 is opgesteld.
2. De uitkomsten van **negen** onderzoeken die in het kader van, onder andere, MedMij, het landelijk informatiestelsel en het integraal zorgakkoord (IZA) zijn of worden opgesteld.
3. De input van de MedMij-deelnemers (leveranciers).
4. De **vier** scenario's die naar aanleiding van de eerste drie punten door de MedElkaar projectgroep zijn opgesteld.

In de volgende hoofdstukken worden deze onderdelen, die onderling veel samenhang vertonen, verder uitgewerkt.

Samenvatting van de belangrijkste conclusies

- 1. Knelpunten zijn niet uniek voor MedMij, oorzaak ligt in bronsystemen en in rol als ‘eerste klant’**

Veel van de knelpunten waar MedMij en de VIPP’s mee geconfronteerd worden, zijn niet uniek voor het PGO-stelsel, maar generieke problemen van de informatie-uitwisseling in de zorg, waar de sector al decennia meer worstelt. De oorzaken liggen voor een groot deel in de grote diversiteit van de bronsystemen in de zorg én het feit dat het MedMij-stelsel een volkomen nieuwe route ontsluit: de toegang van alle inwoners van Nederland tot die bronsystemen (en méér). MedMij vervult voor een aantal voorzieningen, zoals het toegangsverleningssysteem (TVS) de rol van ‘eerste klant’. Als eerste klant heb je vaak te maken met kinderziektes, maar effen je ook de weg voor gebruikers die ná jou komen.
- 2. Meerwaarde willen we nú, basis op orde kost tijd: zoek harder naar meerwaarde die nú kan**

Veel van de activiteiten in bouwblok 1 t/m 6, bedoeld om knelpunten op te lossen, zijn complex en zullen niet op korte termijn tot resultaat leiden. Een aanpak waarbij gestuurd wordt op het realiseren van *meerwaarde in het zorgproces* voor PGO-gebruikers en zorgverleners (bouwblok 7 en 8) is het voor het creëren van draagvlak voor PGO’s het meest kansrijk. Echter: om gebruiksvriendelijkheid en meerwaarde te creëren moet de basis op orde zijn. Als dat (te) veel tijd kost, loop je het risico dat het draagvlak voor PGO’s verloren gaat. De zoektocht naar meerwaarde op basis van de *bestaande mogelijkheden* in bouwblok 7 en 8 moet daarom méér aandacht krijgen. De afspraken in het integraal zorgakkoord (IZA), onder andere over het stimuleren van hybride zorg¹, kunnen hierbij richtinggevend zijn.
- 3. Knelpunten verdwijnen niet door scenariokeuzes, maar worden op een andere plek opgelost**

De keuze voor een bepaald scenario zal vrijwel nooit leiden tot het verdwijnen van een knelpunt. Vaak komt de oplossing van een knelpunt, door een bepaalde keuze, bij een andere partij te liggen. Bijvoorbeeld: óók regionale dataplatforms of datakluisen zullen te maken krijgen met knelpunten als: de variabiliteit in de wijze waarop zorgverleners registreren, adressering van zorgverleners, unieke identificatie en lokalisatie van data et cetera. Problemen waar op dit moment de Dienstverlener Aanbieder (DVA) in het MedMij-stelsel mee te maken heeft. Door de oplossing van een knelpunt bij een bepaalde partij te leggen (en niet meer door iedereen afzonderlijk te laten oplossen) kunnen wel voordelen als efficiënte inzet van mensen en middelen en reductie van afhankelijkheden ontstaan. Scenariokeuzes moeten daarom steeds met behulp van een aantal relevante criteria (zie verder) worden gewogen
- 4. Zorgverleners (en patiënten) hebben ondersteuning nodig bij de digitale transitie**

Ervaring met de implementatie van PGO-gebruik in de zorg, opgedaan door de VIPP-regelingen, laat zien dat een dergelijke digitale transitie tijd en energie van zorgverleners kost, waarbij de kost voor de baat uitgaat. Ondersteuning van dit proces en het delen van praktijkvoorbeelden waaruit de meerwaarde van PGO’s blijkt zijn hierbij behulpzaam. De rol van PGO on Air is hierbij, mede door ‘verstorende’ technische knelpunten, tot nu toe onvoldoende uit de verf gekomen, doordat communicatiestrategie, -aanpak en -planningen steeds aangepast moesten worden. De afspraken in het integraal zorgakkoord (IZA) en de uitkomsten van onderzoeken van Pluut & Partners naar de uitvoering van deze afspraken en van ICTU naar de benodigde ondersteuning kunnen hier verbetering in brengen.

¹ Hybride zorg wordt in het IZA gedefinieerd als: een mix van digitaal en fysiek aangeboden zorg en ondersteuning van gezondheid, waar mogelijk gepersonaliseerd en op maat.

5. Stuur op complexiteitsreductie, erken dat kunnen omgaan met complexiteit nodig is en blijft

Een van de uitgangspunten bij het kiezen voor een scenario is sturen op *complexiteitsreductie*.

Mogelijke bronnen van complexiteit zijn, onder andere:

- Mate van variabiliteit, bijvoorbeeld in wijze waarop zorgverleners registeren, dataopslag in meerdere bronsystemen per zorgaanbieder, verschil in implementatie van Zibs, verschil in classificatiesystemen (geen eenheid van taal) en verschil in informatiestandaarden.
- Aantal combinaties² waartussen informatie-uitwisseling plaats moet vinden.
- Aantal stappen in de keten die een PGO-gebruiker moet doorlopen om bij de data in een bronsysteem te komen.
- Gebrek aan focus: implementeren in zorgsectoren en met functies die nog niet ver genoeg zijn in hun ontwikkeling kost veel tijd en energie.

Niet alle genoemde factoren zijn in gelijke mate te beïnvloeden. Met name bij het eerste punt zal **omgaan met complexiteit** een vereiste blijven. Het is een illusie om te verwachten dat de grote variabiliteit in de zorg op korte termijn kan worden vervangen door een breed gedragen en ingevoerde gestandaardiseerde manier van registreren. De keuze voor een bepaald scenario zal hier naar verwachting weinig invloed op hebben.

6. Focus op solide (generieke) basisvoorzieningen, bied ruimte voor specifieke toepassingen

Hoe generieker een functie, hoe beter deze zich leent voor centrale ontwikkeling en beheer.

Het aannemelijk dat hier het Pareto-principe geldt: 80% van de benodigde basisvoorzieningen is waarschijnlijk generiek. Het gezamenlijk ontwikkelen van dergelijke voorzieningen is daarmee een efficiënte manier om voortgang te boeken.

Het schema hieronder toont het onderscheid tussen basisvoorzieningen, generieke en specifieke functies van PGO's. Het is bedoeld als 'praatplaat' en de opsomming is niet uitputtend.

² Vanuit de optiek van het MedMij-afsprakenstelsel, gaat het om de informatie-uitwisseling, via gestandaardiseerde koppelvlakken, tussen de dienstverlener aanbieder (DVA, begin 2023 zijn er daarvan bijna 20) in het zorgdomein en de dienstverlener persoon (DVP, momenteel zijn er daarvan ruim 20) in het persoonsdomein. Daarmee is al een enorme reductie in het aantal mogelijke combinaties tot stand gebracht, vergeleken met de situatie waarin alle zorginformatiesystemen (dat zijn er enkele honderden) moeten koppelen met alle mogelijke applicaties die door patiënten gebruikt kunnen worden. Verdere reductie van het aantal DVA's en DVP's kan tot complexiteitsreductie leiden, al zal de omvang daarvan vermoedelijk relatief beperkt zijn.



Het schema illustreert ook het dilemma dat de tijd en energie die gestoken wordt in het op orde krijgen van basisvoorzieningen slechts in beperkte mate leidt tot ervaren meerwaarde door zorggebruikers en zorgverleners. En anderzijds: specifieke functies kunnen voor een beperkte doelgroep heel veel waarde opleveren. Veel van deze specifieke functies zijn al ontwikkeld, voor een groot deel door leveranciers die óók deelnemen aan MedMij, maar kunnen in het huidige afsprakenstelsel nog niet toegepast worden, bijvoorbeeld vanwege het ontbreken van de juiste MedMij-gegevens- en modulediensten.




Er is één uitzondering op de regel dat basisvoorzieningen minder waarde creëren dan specifieke functies. De basisvoorziening die zorgt voor een goed overzicht van je medische dossier, zeker wanneer dit gegevens uit meerdere bronnen bevat, wordt door zorggebruikers als zéér waardevol beschouwd. Dit kunnen we onderbouwen met de gebruikscijfers van online dossierinzage in de huisartsenzorg, waarin we zien dat het gebruik van online inzage die van de e-diensten (e-consult, e-afspraak en e-recept) met een factor 8 overtreft. Ook blijkt dit uit de onderzoeken die door PGO on Air zijn gedaan.

Focus op het goed op orde krijgen van de basisfunctie 'dossieroverzicht' door MedMij, in combinatie met (meer) flexibele mogelijkheden om deze data in je PGO te gebruiken voor specifieke functies, al dan niet in de samenwerking met je zorgverlener, als onderdeel van hybride zorg, biedt – in onze ogen – een uitweg uit het 'basis op orde kost tijd' versus 'meerwaarde willen we nú' dilemma. De 'Hoe dan' vraag kan samen met de MedMij-deelnemers worden uitgewerkt.




2. De inhoud van de acht MedElkaar-bouwblokken

Op basis van de geïnventariseerde en gerubriceerde knelpunten zijn er acht bouwblokken gevormd. In elk bouwblok werkt een team van experts, deelnemers en (waar van toepassing) PGO-gebruikers samen.



De eerste drie bouwblokken houden zich, zelfstandig én in onderlinge samenhang, bezig met belangrijke vraagstukken over basisvoorzieningen zoals:

	<p>Inloggen Hoe kan ik veilig en gebruiksvriendelijk inloggen, zodat dit proces géén drempel vormt voor het gebruik van PGO's?</p>
	<p>Index (lokalisatie en toestemming) Welke zorgverlener heeft gezondheidsinformatie van mij, hoe vind ik die en hoe geef ik toestemming om deze te verzamelen in mijn PGO en te delen met anderen?</p>
	<p>Dataopslag Wat is een efficiënte manier om de inwoners van Nederland toegang te geven tot een plek waar ze hun gezondheidsdata levenslang kunnen verzamelen, beheren en delen?</p>

De volgende bouwblokken, hebben tot doel om op drie vlakken de basis op orde te brengen:

	<p>Techniek op orde Hoe brengen we de technische basis voor PGO-gebruik op orde? Denk hierbij aan het releasebeleid van informatiestandaarden, een API- en Zib-strategie en de invoering van Unieke Identifiers (UID) van data.</p>
	<p>Regelgeving op orde Welke wet- en regelgeving is nodig? Bijvoorbeeld voor gebruik BSN in PGO's, coördinatie met andere programma's, continuïteit na de VIPP's en het door wetgeving wegnemen van blokkades voor informatie-uitwisseling in de zorg?</p>
	<p>Financiering op orde Wat moeten we op korte en lange termijn regelen voor de financiering van het PGO-stelsel?</p>

De laatste twee bouwblokken richten zich op het praktijkperspectief voor zorgverleners en patiënten.

	<p>Meerwaarde voor PGO-gebruikers Hoe kunnen we de bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van PGO's én het stelsel voor de gebruikers van de PGO's verbeteren?</p>
	<p>Meerwaarde voor zorgverleners Welke meerwaarde bieden PGO's in de samenwerking tussen patiënten en zorgverleners in de dagelijkse zorgpraktijk? Waar en hoe kunnen we die meerwaarde zo snel mogelijk benutten?</p>

3. De inhoud en uitkomsten van negen onderzoeken

A. De verkenningen door Nictiz en VZVZ (met overlap met de activiteiten in de MedElkaar-bouwblokken 1 t/m 4)

In het kader van bouwblok 1 tot en met 4 en als zelfstandige activiteit om te komen tot een verbetering van de robuustheid van het stelsel zijn door Nictiz en VZVZ in samenwerking met de Stichting MedMij de volgende onderzoeken gestart.

- Hoe kan het proces van acceptatie en validatie van de deelnemers aan MedMij en andere landelijke programma's door Nictiz en VZVZ efficiënter worden ingericht, waarbij de bevindingen van testactiviteiten (Proves-pilots, OPEN-Mij, Vipphatons et cetera) worden gebruikt als input voor een continue verbetercyclus?
- Hoe moeten generieke functies als inloggen, het vinden (de lokalisatie) van je gegevens en zorgverleners, het geven van toestemming en het opslaan van data ten behoeve van het PGO-stelsel worden ingericht?
- Wat is nodig op het gebied van releasebeleid van informatiestandaarden, een API- en Zib-strategie en de invoering van Unieke Identifiers (UID) van data?
- Nictiz verkent de doorontwikkeling van zes MedMij-standaarden, in samenwerking met de veldpartijen.

B. Het scenario-onderzoek naar een landelijk netwerk van infrastructuur voor gegevensuitwisseling in de zorg door D&A Medical

D&A Medical onderzoekt, in opdracht van het ministerie van VWS een zestal scenario's die kunnen leiden tot een landelijk netwerk van infrastructuur voor gegevensuitwisseling in de zorg. Doel van dit onderzoek is te komen tot een keuze door de minister voor een concreet scenario dat zo breed mogelijk gedragen wordt door veldpartijen, inclusief een advies voor de realisatie van het gekozen scenario. Het onderzoek kijkt dus veel breder dan het PGO-stelsel en de consequenties voor dit stelsel is nog onvoldoende uitgewerkt. Een samenvatting van de bevindingen is op 28 december 2022 gepubliceerd.

Er zijn zes scenario's gepresenteerd (A t/m F) waarbij in scenario A "alles bij het oude blijft". In de andere scenario's worden verschillende opties voor het koppelen en/of creëren van netwerken voor informatie-uitwisseling en vormen van (gecentraliseerde) dataopslag voor zorgverleners en of burgers uitgewerkt. Belangrijke conclusies zijn verder: het belang van eenheid van taal, standaardisatie met behulp van zorginformatiebouwstenen (zibs) en een vertrouwensmodel als basis voor de invulling van generieke functies. In het kader van MedElkaar onderzoeken we hoe de aanbevelingen passen bij de koers die wij adviseren.

C. Het onderzoek naar generieke functies en NEN-normeringen in opdracht van het ministerie van VWS

Over generieke functies en voorzieningen is veel discussie. Om elektronische gegevensuitwisseling in de zorg te realiseren wordt om meer regie vanuit de overheid gevraagd op het creëren van de juiste randvoorwaarden, waaronder het tot stand komen van generieke functies. In het integraal zorgakkoord (IZA) is afgesproken dat de generieke functies lokalisatie, identificatie, authenticatie, autorisatie, toestemming en adressering uiterlijk in 2025 moeten zijn ingevuld met afspraken en/of voorzieningen én worden gebruikt in de praktijk.

In het kader van de wet Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) wordt ingezet op het ontwikkelen van NEN-normen voor deze functies. Inmiddels zijn de normtrajecten voor identificatie

en authenticatie, toestemming en lokalisatie gestart. Deze zullen niet eerder dan eind 2023 zijn afgerond. Verschillende ontwikkelingen, waaronder MedMij, kunnen hier niet op wachten. Om te bepalen welke interventies er nog (extra) nodig zijn om de doelen binnen het IZA te behalen, heeft VWS ervoor gekozen om per functie een aanvullende opdracht uit te zetten. D&A Medical heeft in januari de opdracht voor een onderzoek naar de generieke functies lokalisatie, autorisatie en adressering ontvangen. De functie lokalisatie heeft hierin prioriteit. Het resultaat van deze opdracht moet het voor VWS mogelijk maken om op inhoudelijke gronden (o.a. technisch, financieel, operationeel) een keuze kunnen maken voor een werkende (combinatie van) oplossing(en) per 2025, met ontwikkelperspectief voor de langere termijn. De verwachting is dat deze keuze niet eerder dan eind Q1 voor de generieke functie lokalisatie en eind Q2 voor de generieke functies autorisatie en adressering kan worden gemaakt. Daarna kunnen hierover afspraken worden opgenomen in het MedMij afsprakenstelsel. Dit heeft gevolgen voor het succes van PGO's.

D. Het onderzoek naar de gewenste DVA-functie in de huisartsenzorg door Stichting LEGIO

Stichting LEGIO organiseert het gezamenlijk overleg tussen de leden van de HIS-gebruikersorganisaties om de behoefte in de huisartsenzorg te inventariseren. Begin december heeft LEGIO de opdracht ontvangen om de gewenste invulling van de functie dienstverlener aanbieder (DVA) in de huisartsenzorg te onderzoeken en – op basis van de uitkomst – deze te laten ontwikkelen. De opdracht is ontstaan op basis van de ervaring met de eerste grootschalige introductie van het PGO-stelsel in de huisartsenzorg via VIPP OPEN. De eerste (voorlopige) resultaten van het onderzoek worden in mei 2023 verwacht. De ontwikkeling van de nieuwe DVA-functie zal naar verwachting in de periode tot mei 2024 plaatsvinden.

E. De uitwerking van de nationale visie en strategie op het gezondheidsinformatiestelsel uitgevoerd door verschillende organisaties

In opdracht van het Informatieberaad Zorg, is door een aantal organisaties (VWS, ZN, Nictiz en VZVZ) eind 2022 een brede visie op het gezondheidsinformatiestelsel gepresenteerd. De korte termijn strategie (2023-2026) wordt begin 2023 uitgewerkt.

Uitgangspunt is het ondersteunen van de transitie naar passende hybride zorg. Een belangrijke randvoorwaarde daarbij is dat informatie beschikbaar, bereikbaar en bruikbaar moet zijn. Burgers kunnen meebeslissen over voor hen passende zorg en hebben alle data beschikbaar om dat te kunnen doen. Zorgverleners kunnen met de juiste data betere en veilige zorg leveren en hebben meer mogelijkheden om gezondheid te bevorderen. Gestandaardiseerde en beschikbare data zorgen ervoor dat ontwikkelaars en aanbieders toepassingsgericht innoveren.

Als leidende principes zijn opgenomen:

- Data is beschikbaar voor alle betrokkenen in het zorgnetwerk van een burger en voor de burger zelf.
- Data is beschikbaar voor secundair gebruik met minimale registratielast voor zorgprofessionals.
- Data is gescheiden van functionaliteit.
- Het gezondheidsinformatiestelsel creëert een open markt die innovatie stimuleert.

F. De afspraken in het integraal zorgakkoord (IZA) en het onderzoek naar de visie op PGO's door Pluut & Partners

Een van de doelen uit het recent gesloten Integraal Zorg Akkoord (IZA) is dat alle inwoners in Nederland die dat willen in 2025 over een gebruiksvriendelijke en goed gevulde PGO kunnen beschikken die van meerwaarde is in het zorgproces en voor iedereen begrijpelijke informatie bevat. Om dat te bereiken is een gedragen en gedeelde visie op PGO's en de rol die de PGO kan spelen in de transitie naar hybride zorg belangrijk. Stichting MedMij heeft aan Pluut & Partners gevraagd om invulling te geven aan de wens vanuit het IZA om te komen tot een gedragen visie op PGO's. Vanuit die opdracht interviewt Pluut & Partners verschillende organisaties en personen. Een eerste conceptversie van het onderzoeksverslag wordt eind januari 2023 verwacht. Het creëren van draagvlak voor de conclusies uit het onderzoek zal vermoedelijk meer tijd vragen.

G. Het onderzoek naar de gevolgen van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) voor het PGO-stelsel door het ministerie van VWS

De Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) is in september 2022 aangenomen in de Tweede Kamer, goedkeuring door de Eerste Kamer wordt verwacht. In een amendement zijn de wettelijke verplichtingen ook van toepassing verklaard op de elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgverleners en burgers. Daarmee is in de Wegiz, in aanvulling op de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz), een algemene verplichting voor zorgaanbieders gecreëerd om het medisch dossier op verzoek van de patiënt te ontsluiten naar een PGO. Om wélke gegevensuitwisseling het specifiek zal gaan wordt nader geregeld door middel van een algemene maatregel van bestuur (AMvB). Het ministerie van VWS onderzoekt de betekenis van het amendement op de Wegiz voor het PGO-stelsel en op welke wijze dit in een of meerdere AMvB's kan worden vastgelegd.

H. Het onderzoek naar de gewenste ondersteuning voor zorgverleners na afloop van de VIPP-regelingen door ICTU

In opdracht van het ministerie van VWS heeft ICTU een onderzoek naar de ondersteuningsbehoefte bij de (verdere) implementatie van het PGO-stelsel na afloop van de verschillende VIPP-regelingen onderzocht. De focus lag hierbij op de medisch specialistische zorg, de huisartsenzorg en de GGZ. Het conceptverslag is eind december 2022 opgeleverd. De onderzoekers adviseren de oprichting van een multidisciplinair implementatiebureau per zorgsector en de inzet van kwartiermakers bij VIPP-regelingen die stoppen of al beëindigd zijn. Daarnaast doen de onderzoekers ook de suggestie om bepaalde vormen van implementatieondersteuning sector overstijgend te organiseren.

I. Het onderzoek naar de verwachte ontwikkeling van het PGO-gebruik in de periode 2023-2025 door Gupta Strategists

In opdracht van het ministerie van VWS heeft Gupta Strategists een prognose van het PGO-gebruik voor 2023 t/m 2025 opgesteld. Aanleiding is de ambitie dat iedere inwoner van Nederland in 2025 een PGO moet kunnen gebruiken, de achterblijvende gebruikerscijfers tot nu toe en de relatie tussen verwacht gebruik en de keuze voor een (duurzame) financieringsregeling. Het rapport beschrijft drie scenario's die leiden tot een verwacht PGO-gebruik variërend van bijna 1 tot bijna 2 miljoen PGO-gebruikers³ per jaar in 2025.

- Scenario 1 (basis) gaat uit van groei op basis van meer en makkelijkere gegevensuitwisseling met een PGO.








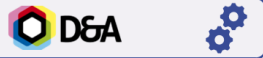













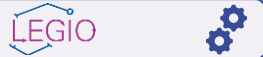























³ Gupta gebruikt als definitie van een PGO-gebruiker: iemand die, in een gegeven jaar, minimaal één keer gegevens bij een zorgverlener heeft opgehaald. Uit analyse van de PGO-gebruikerscijfers over 2022 in het kader van VIPP-OPEN (n=58.397) blijkt dat een gemiddelde gebruiker 3 tot 4 per jaar gegevens ophaalt.

- In scenario 2 wordt de groei verder gestimuleerd door marketing en promotie door PGO-leveranciers.
- Scenario 3 beschrijft groei van gebruik door inzet van PGO's in het zorgproces door zorgverleners.

Voor alle scenario's stelt Gupta (technische) basis op orde, aansluiting door meer (soorten) zorgaanbieders en gerealiseerde meerwaarde voor PGO-gebruikers als randvoorwaarde voor het realiseren van de prognose.

De status van de negen onderzoeken en samenhang met de acht bouwblokken

Het onderstaand schema toont de samenhang tussen de negen onderzoeken waarop dit advies mede is gebaseerd en de acht bouwblokken die in het kader van MedElkaar worden uitgewerkt.

Onderwerp	Omschrijving	Primair	Secundair	Status
A 	Verkenningen Nictiz & VZVZ	   	 	Doorlopend
B 	Scenario's infrastructuur	   	 	Afronding 01/2023
C 	Generieke functies en NEN-normeringen	   	 	Fase 1 tot 03/2023 Fase 2 tot 06/2023
D 	DVA's in de huisartsenzorg	 		Fase 1 tot 03/2023 Fase 2 tot 05/2024
E 	Visie en strategie informatiestelsel	   	 	Visie klaar, fase 1 strategie 01/2023
F 	Het IZA en de visie op PGO's		 	Concept 01/2023
G 	De Wegiz en het PGO-stelsel		 	Aantal AMvB's in de loop van 2023
H 	Ondersteuning na de VIPP's			Afgerond 12/2022
I 	Verwacht PGO-gebruik 2023-2025			Afgerond 12/2022

4. De input van de MedMij-deelnemers (leveranciers)

De MedMij-deelnemers (DVA- en DVP-leveranciers) hebben en/of zullen op de volgende wijze een bijdrage leveren aan de activiteiten van MedElkaar.

- De leveranciers zijn geconsulteerd tijdens de schrijffase van dit adviesrapport, door middel van een expertsessie op 11 januari 2023 en een schriftelijk consultatieronde tussen 18 en 23 januari. Hun input is in dit rapport verwerkt.
- De leveranciers zijn uitgenodigd om te komen met voorstellen voor gezamenlijk te ontwikkelen en te beheren oplossingen om het PGO-stelsel te beter te maken. De voorstellen moeten kunnen rekenen op voldoende draagvlak onder leveranciers en worden getoetst aan dezelfde criteria als waarop de scenario's in hoofdstuk 5 worden beoordeeld. De uitnodiging is in december 2022 mondeling en op 13 januari 2023 schriftelijk aan een door de leveranciers gekozen vertegenwoordiging voorgelegd. **[nog toevoegen óf en in hoeverre hiervan al iets in dit advies kan worden meegenomen]**
- Door middel van het implementatieplan dat de leveranciers na de keuze voor een scenario onder regie van de MedElkaar-projectgroep en in samenhang met de uitwerking van de afspraken uit het IZA zullen opstellen.

Daarnaast nemen MedMij-deelnemers deel aan de activiteiten van een aantal van de acht MedElkaar-bouwblokken.

5. Het 10^e onderzoek: uitwerking van vier scenario's

Hoe gaan we te werk?

In 2022 is in de MedElkaar regiegroep, op basis van de inventarisatie van de knelpunten en de eerste bevindingen van de expertteams in de bouwblokken, uitgebreid gediscussieerd over mogelijke scenario's die kunnen leiden tot een verbetering van het PGO-stelsel. Daarbij zijn vier scenario's gedefinieerd, die op basis van een aantal kenmerken van elkaar kunnen worden onderscheiden.



Hieronder vind je een korte beschrijving van de uitgangspunten van de vier scenario's. Daarbij brengen we ook in beeld wat de gevolgen van elk scenario zijn op de 18 principes van het MedMij-afsprakenstelsel zoals die in 2017 zijn geformuleerd.

Om een verantwoorde en onderbouwde keuze te kunnen maken hebben we negen criteria opgesteld waarvan we denken dat ze relevant zijn. Deze worden verderop in dit hoofdstuk beschreven, evenals de beoordeling van de vier scenario's aan de hand van deze criteria. Dit vormt de basis voor het advies. We verwachten dat we, op basis van de bespreking van dit advies in de MedElkaar Regiegroep, de vraag zullen krijgen om één of meer scenario's in februari verder uit werken in een tweede advies. Daarmee ronden we het onderzoek naar de scenario's af.

Welke vier scenario's voor het PGO-stelsel zijn er?

1. Doorgaan op de ingeslagen weg - "Blijf kalm en ga zo door"

Uitgangspunten:

In dit scenario wordt in grote lijnen vastgehouden aan de achttien principes van het MedMij-afsprakenstelsel (zie de tabel op blz. 16) zoals dat in 2017 is ontworpen. Dit vanuit de gedachte dat een en ander inderdaad meer tijd kost dan voorzien, maar dat we beslist op de goede weg zijn. Uiteraard zijn er ook in dit scenario op vele terreinen aanpassingen nodig om het stelsel beter en robuuster te maken. Ook worden keuzes gemaakt om bepaalde ontwikkelingen op de ontwikkelagenda te versnellen. Deze worden door Stichting MedMij en haar partners VZVZ en Nictiz uitgewerkt in verkenningen en daarna ingevoerd. Maar in essentie gaat dit scenario uit van het oorspronkelijke ontwerp van het MedMij-afsprakenstelsel.

2. Gedeeltelijk gebruik van gemeenschappelijke (publieke) componenten in het PGO-stelsel met ruimte voor private onderdelen - “Markt & overheid”

Uitgangspunten:

In dit scenario worden een aantal van de principes uit 2017 losgelaten of opnieuw gedefinieerd, vanuit de gedachte dat dit in een aantal gevallen heeft geleid tot te veel complexiteit of het op veel verschillende plekken uitvinden van hetzelfde wiel. Met als gevolg: onnodige hoge (maatschappelijke) kosten en te weinig gecreëerde meerwaarde door in de praktijk bruikbare toepassingen.

In dit scenario worden enkele componenten gemeenschappelijk (publiek) ontwikkeld en beheerd. Daarbij wordt gelet op synergie met andere (landelijke) programma’s en rekening gehouden met keuzes op het vlak van infrastructuur en generieke functies voor informatie-uitwisseling in de zorg. Daarnaast is er ruimte voor (private) marktontwikkelingen.

3. Hoofdzakelijk gebruik van gemeenschappelijke (publieke) componenten in het PGO-stelsel met beperkt ruimte voor private onderdelen - “Overheid & markt”

Uitgangspunten:

Dit scenario gaat verder in de omvang en mate waarin componenten gemeenschappelijk (publiek) ontwikkeld en beheerd worden. Als gevolg van daarvan is de ruimte voor (private) marktontwikkelingen beperkt en heeft de overheid meer grip op de “volumeknop”, zoals bijvoorbeeld het aantal marktpartijen dat tot het stelsel wordt toegelaten

4. Het ontwikkelen en beheren van een PGO-stelsel met één PGO - “De PGO-Nederland”

Uitgangspunten:

In dit scenario gaat het verst in het doorvoeren van centralisatie en schaalvergroting. Componenten worden bij voorkeur éénmalig en landelijk ontwikkeld en beheerd. Dat kan betekenen dat er uiteindelijk één “PGO-Nederland” ontstaat. Dit scenario heeft de grootste invloed op de bestaande MedMij-principes en zal naar verwachting de meeste discussies qua draagvlak oproepen. Inspiratie voor het scenario is afkomstig uit landen waar ervaring is met een dergelijke, door de overheid geregisseerde, oplossing.

[nog doen: tabel met MedMij-principes per scenario invullen]

MedMij-principe	Ga zo door	Markt & overheid	Overheid & markt	De PGO-Nederland
1. Het MedMij-netwerk is zoveel mogelijk gegevensneutraal.				
2. Dienstverleners zijn transparant over de gegevensdiensten.				
3. Dienstverleners concurreren op de functionaliteiten.				
4. Dienstverleners zijn aanspreekbaar door de gebruiker.				
5. De persoon wisselt gegevens uit met de aanbieder.				
6. MedMij spreekt alleen af wat nodig is.				
7. De persoon en de aanbieder kiezen hun eigen dienstverlener.				
8. (vervallen)				
9. De dienstverleners zijn deelnemers van het afsprakenstelsel.				
10. Alleen de dienstverleners oefenen macht uit over persoonsgegevens bij de uitwisseling.				
11. Stelselfuncties worden vanaf de start ingevuld.				
12. Het afsprakenstelsel is een groeimodel.				
13. Ontwikkeling geschiedt in een halfopen proces met verschillende stakeholders.				
14. Uitwisseling is een keuze.				
15. Het MedMij-netwerk is gebruiksrechten-neutraal.				
16. De burger regisseert zijn gezondheidsinformatie als uitgever.				
17. Aan de persoonlijke gezondheidsomgeving zelf worden eisen gesteld.				
18. Afspraken worden aantoonbaar nageleefd en gehandhaafd.				
19. Het afsprakenstelsel snijdt het gebruik van normen en standaarden op eigen maat.				

Welke criteria gebruiken we om de scenario's te beoordelen?

Voor de beoordeling van de scenario's hebben we de volgende negen criteria opgesteld.

1. Meerwaarde

In welke mate is een scenario in staat om op korte termijn meerwaarde te realiseren: in de vorm van een goedgevuld en gebruiksvriendelijk PGO met meerwaarde in de relatie patiënt-zorgverlener (hybride zorg) en voor de ondersteuning van gezondheid?

2. Complexiteit

In welke mate is een scenario in staat om (technische) complexiteit te reduceren en slim om te gaan met de intrinsieke complexiteit van het informatielandschap van de Nederlandse zorg?

3. Keuzevrijheid

In welke mate biedt een scenario de mogelijkheid voor PGO-gebruikers om de PGO en/of functionaliteiten te kiezen die het beste bij hen past?

4. Draagvlak

In welke mate heeft een scenario draagvlak in de politiek en onder de bij MedMij betrokkenen partijen, met inbegrip van het voor deze partijen belangrijke principe privacy?

5. Kosten

In welke mate heeft een scenario invloed op de kosten van het PGO-stelsel en een verantwoorde besteding van publieke middelen?

6. Synergie

In welke mate leidt een scenario tot oplossingen die breder toepasbaar zijn dan alleen voor MedMij en synergie bieden voor andere programma's op het gebied van informatie-uitwisseling in de zorg?

7. Gerealiseerd in 2025

In welke mate leidt een scenario tot oplossingen die in 2025 opgeleverd en ingevoerd zijn, zodat de doelstelling van een goed functionerende persoonlijke gezondheidsomgeving in dat jaar gehaald wordt?

8. Toekomstbestendig

In welke mate biedt een scenario oplossingen die ook op langere termijn (2026 – 2035) nog nuttig, bruikbaar en toepasbaar zijn?

9. Innovatieruimte

In welke mate biedt een scenario ruimte voor innovatie door aanbieders van digitale zorg- en gezondheidstoepassingen op basis van (specifieke) wensen van PGO-gebruikers en zorgverleners?

[nog doen: tabel met criteria per scenario invullen]

				
 1 Meerwaarde				
 2 Complexiteit				
 3 Keuzevrijheid				
 4 Draagvlak				
 5 Kosten				
 6 Synergie				
 7 Gerealiseerd in 2025				
 8 Toekomstbestendig				
 9 Innovatieruimte				

6. Conclusies, aanbevelingen en vervolgstappen

[Uitwerking volgt]

1. De inhoud van het advies
2. Gevraagd besluit aan de MedElkaar-regiegroep
3. Vervolgstappen (2^e advies in februari, besluit in maart, uitwerken duurzame financiering⁴)

⁴ Tot nu toe is het PGO-stelsel vanuit het ministerie van VWS betaald met behulp van tijdelijke financieringsregelingen. De regeling voor 2023 is onlangs gepubliceerd. Het streven is om te komen tot een duurzame financieringsregeling. In dat kader heeft het Zorginstituut Nederland (ZiN) een advies uitgebracht, waarin het belang van het PGO-stelsel wordt onderstreept. De huidige Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt echter onvoldoende mogelijkheden om het PGO-stelsel te financieren. Daarvoor is een wetswijziging nodig, of een andere oplossing. De minister heeft aangegeven de keuze voor de duurzame financiering te laten afhangen van de uitkomsten van een aantal van de hier genoemde onderzoeken en de scenariokeuze die daaruit voortvloeit.