

# Impactanalyses regionale begrenzing en sms-notificatie



postadres: Postbus 19121, 2500 CC Den Haag  
bezoekadres: Oude Middenweg 55, 2491 AC Den Haag  
telefoon: (070) 317 34 50; fax: (070) 320 74 37; e-mail: [info@nictiz.nl](mailto:info@nictiz.nl)  
[www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl)

Versie : 2.0  
Status : Definitief  
Datum : 29 oktober 2010

# Inhoudsopgave

<b>1 Samenvatting .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Resultaten impactanalyse regionale begrenzing.....</b>	<b>6</b>
2.1 Aanleiding .....	6
2.2 Onderzoeksaanpak .....	6
2.3 Te maken keuzes en voorkeurscenario .....	6
2.4 Hoe werkt het?.....	8
2.5 Impact: wat betekent het om "ja" te zeggen tegen regionale begrenzing? .....	9
2.6 Kosten en baten .....	10
2.7 Conclusie.....	11
<b>3 Resultaten impactanalyse sms-notificatie .....</b>	<b>12</b>
3.1 Aanleiding .....	12
3.2 Onderzoeksaanpak .....	12
3.3 Te maken keuzes.....	12
3.4 Hoe werkt het?.....	13
3.5 Impact: wat betekent het om "ja" te zeggen tegen sms-notificatie? .....	13
3.6 Kosten en baten .....	14
3.7 Conclusie.....	14
<b>Bijlage 1 Regionale samenwerkingsverbanden .....</b>	<b>15</b>
<b>Bijlage 2 Referenties .....</b>	<b>18</b>

# 1 Samenvatting

De minister van VWS heeft Nictiz verzocht twee impactanalyses uit te voeren naar mogelijke aanpassingen van de landelijke infrastructuur voor elektronische communicatie van zorginformatie. Beide aanpassingen zijn gericht op het vergroten van het vertrouwen in de infrastructuur door het versterken van de positie van de zorgconsument. De analyses betreffen:

- de mogelijkheden om op verzoek van de patiënt regionale begrenzing aan te brengen in de informatie-uitwisseling binnen de landelijke infrastructuur.
- de haalbaarheid van automatische sms notificatie aan de patiënt bij raadpleging van diens gegevens.

Met deze notitie wordt verslag gedaan van de resultaten van de impactanalyses. In de hierna volgende hoofdstukken wordt per analyse beschreven: de gehanteerde criteria, een uitwerking van de verschillende opties, de resulterende bevindingen inzake bestuurlijke, juridische of technische consequenties en de daaruit voortvloeiende conclusies.

De analyses leiden tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

## Regionale begrenzing

Landelijke gegevensuitwisseling schept voor de zorgconsument de beste condities voor "betere zorg door betere informatie". Het komt vaak voor dat informatie die voor goede zorg belangrijk is, niet op de juiste tijd en plaats beschikbaar is. Tijdens discussies in de Eerste Kamer is de behoefte aangegeven om de gegevensuitwisseling te beperken tot regionale zorgpartijen. Dit vermindert enerzijds op voorhand de mogelijkheden voor gewenste toegang tot gegevens. Anderzijds zou deze beperking tegemoet kunnen komen aan de angst voor ongewenst gebruik van gegevens die bij sommigen leeft.

Wanneer voor regionale begrenzing gekozen wordt, zijn er twee kernvragen van belang:

- Welke regio-indeling wordt gehanteerd?
- Hoe wordt de relatie tussen de zorgconsument en zijn regio gelegd?

Een regio-indeling dient zo veel mogelijk aan te sluiten op bestaande regionale samenwerking. Er bestaan echter meerdere zorgindelingen naast elkaar. Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn dekken niet het hele land. Ze passen niet op andere indelingen, zoals bijvoorbeeld de indeling van de ambulanceregio's. Het is niet mogelijk om één vaste indeling te hanteren die past op alle samenwerkingsvormen in de zorg. Het tegelijkertijd hanteren van verschillende parallelle indelingen resulteert in een weinig transparante situatie voor zorgconsumenten en zorgaanbieders.

Het is mogelijk om burgers automatisch in een regio in te delen, bijvoorbeeld op basis van geografische kenmerken zoals de postcode van het woonadres. Dit vergt een koppeling met het GBA. In de verwijzindex van het Landelijk Schakelpunt is op dit moment om veiligheidsredenen uitsluitend het BSN van een patiënt opgeslagen. Een automatische koppeling zal in veel gevallen leiden tot een niet passende regio en botsen met de keuzevrijheid van de patiënt. Ook is het met een automatische koppeling niet mogelijk om de regio voor de patiënt die dat wenst strikt te begrenzen tot bijvoorbeeld alleen de eigen huisarts en de eigen apotheek.

Analyse van de twee kernvragen leidt tot de conclusie dat een regionale begrenzing van elektronische communicatie alleen succesvol kan worden gerealiseerd als de zorgconsument zelf zijn regio aangeeft. Dit kan hij doen door de zorgaanbieders of de categorieën van zorgaanbieders aan te wijzen die toegang krijgen tot het onderdeel van zijn gegevens dat voor hen van belang is. Ook kan de mogelijkheid worden geboden om juist zorgaanbieders of categorieën van zorgaanbieders uit te sluiten van toegang. Via een website kan een keuzehulp worden geboden om snel de gewenste of uit te sluiten zorgaanbieders te vinden. Zo kunnen bijvoorbeeld alle apotheken binnen x km van het woonadres worden gevonden. De begrenzing die vervolgens kan worden ingesteld past optimaal bij de wensen van de individuele zorgconsument. Zowel een strikte begrenzing tot uitsluitend eigen huisarts en apotheek, als een ruimere is mogelijk.

Een zorgconsument blijft naast de keuze voor regionale begrenzing de mogelijkheid houden om aan te geven dat hij helemaal geen uitwisseling van de eigen zorggegevens via de landelijke infrastructuur wil. Ook de keuze voor onbeperkte landelijke gegevensuitwisseling blijft mogelijk.

De impactanalyse toont aan dat het met de beschreven technische aanpassingen mogelijk is om gegevensuitwisseling via de landelijke infrastructuur te beperken tot regionale schaal. De voordelen van toepassing van de landelijke infrastructuur, zoals toegenomen veiligheid, transparantie, kosteneffectiviteit en goede mogelijkheden om patiëntenrechten uit te oefenen blijven hierbij behouden.

Daar staan de volgende nadelen tegenover:

- Zorgconsumenten die kiezen voor regionale begrenzing moeten hun keuze aangeven. Als na een verhuizing een andere keuze gewenst is dient dit opnieuw te worden aangegeven.
- Zorgconsumenten dienen zich bewust te zijn van de consequenties die hun keuze in een eventuele noodsituatie met zich kan meebrengen.
- Regionale begrenzing vereist een beperkt aantal technische aanpassingen en nieuwe voorzieningen binnen de landelijke infrastructuur. De kosten hiervan kunnen na de definitieve ontwerpfase worden geraamd.

## **Sms-notificatie**

De impactanalyse inzake sms-notificatie betreft de mogelijkheid van een voorziening om zorgconsumenten die dat wensen automatisch tekstberichten op de mobiele telefoon aan te bieden zodra hun zorggegevens zijn geraadpleegd. Daarbij is tevens de optie van notificatie per e-mail bekeken.

Notificatie per sms of e-mail kan een aanvulling zijn op het bestaande vertrouwensmodel doordat het voorziet in nog meer transparantie en controlemogelijkheden op de uitwisseling van zorggegevens voor de zorgconsument die dat wenst. Het verhoogt de detectiekans van ongewenst gebruik van gegevens nog verder. Als een tekstbericht alleen aangeeft dát gegevens zijn geraadpleegd en niet wat en wie het betreft zijn de risico's met betrekking tot informatiebeveiliging bij bijvoorbeeld verlies of diefstal van de telefoon minimaal.

Wanneer de zorgconsument die voor sms-notificatie kiest de sms-kosten zelf moet betalen, kunnen de kosten beperkt worden door op voorhand aan te geven met welke frequentie de consument op de hoogte gesteld wil worden van de raadplegingen. Bijvoorbeeld: eenmaal per dag of eenmaal per week. Notificatie per e-mail gaat niet gepaard met sms-kosten en dient derhalve als aanvullend of goedkoper alternatief te worden overwogen.

Notificatie per sms of e-mail is realiseerbaar. Het belangrijkste nadeel van de invoering van sms- of e-mail notificatie betreft de kosten van de registratie van de telefoonnummers en/of e-mailadressen en de noodzakelijke technische aanpassingen. Deze kosten kunnen na de definitieve ontwerpfase worden geraamd.

## 2 Resultaten impactanalyse regionale begrenzing

### 2.1 Aanleiding

De minister van VWS heeft naar aanleiding van een discussie met de Eerste Kamer aan Nictiz verzocht een impactanalyse te doen naar het op verzoek van de zorgconsument aanbrenge van regionale grenzen in de landelijke infrastructuur.

### 2.2 Onderzoeksaanpak

De uitgevoerde analyse richtte zich op twee aan elkaar verwante vraagstukken:

1. Hoe komt de relatie tussen zorgconsument en regio's voor gewenste gegevensuitwisseling tot stand en kan dit worden geautomatiseerd?
2. Welke regio-indeling kan worden gebruikt voor het aanbrenge van schotten voor het begrenzen van de gegevensuitwisseling, en zijn dit door zorgverleners of door de zorgconsument bepaalde regio's?

De verschillende hieruit af te leiden scenario's zijn geëvalueerd op basis van onderstaande criteria (in volgorde van gewicht):

- Aansluiting op wensen zorgconsument:
  - Keuzevrijheid
  - Passende regio-indeling
  - Minimale administratieve lasten en kosten voor de zorgconsument
- Aansluiting op de bestaande praktijk in het zorgveld:
  - Uitvoerbaarheid
  - Minimale administratieve lasten en kosten voor de zorgaanbieder
  - Minimale aanpassing lokale systemen
  - Draagvlak
- Beheerkosten voor de landelijke infrastructuur voor de uitwisseling van zorggegevens.

### 2.3 Te maken keuzes en voorkeurscenario

*Keuze 1: Hoe komt de relatie tussen zorgconsument en regio's voor gewenste gegevensuitwisseling tot stand en kan dit worden geautomatiseerd?*

Grofweg zijn hier twee methoden te onderscheiden:

- 1a. Automatisch op basis van geografische indeling, bijvoorbeeld de postcode van het woonadres van de zorgconsument (of diens huisarts), een straal in kilometers rond dit adres, of de gemeentelijke indelingen. In termen van beheer is dit de eenvoudigste oplossing. Automatische toekenning op basis van woonadres vereist een koppeling met de GBA. In de verwijzindex van het landelijk schakelpunt is om veiligheidsredenen alleen het BSN opgeslagen. Zorgconsumenten maken in de praktijk ook gebruik van zorgaanbieders buiten de regio die af te leiden is uit het woon- of huisartsadres. Denk hierbij aan bijv. het behouden van zorgverleners na verhuizing, uitwonende studenten, tijdelijke bewoning, verpleeghuisopname (al dan niet met behoud van de eigen huisarts) of het raadplegen van een specialist

op een specifiek terrein. Automatische toekenning beperkt de keuzevrijheid van de zorgconsument en levert ook een mismatch met bestaande samenwerking in het zorgveld op. Geografische regio's sluiten niet aan op bestaande regionale samenwerkingsverbanden. Om deze redenen kan regiobegrenzing niet automatisch worden ingesteld en vergt dit altijd een actieve keuze door de zorgconsument.

- 1b. Door de zorgconsument: dat betekent dat de zorgconsument zelf kan aangeven voor welke regio's de patiënt uitwisseling van zorggegevens wil toestaan. De zorgconsument zal dit moeten melden bij het klantenloket of via het hiervoor in te richten webportaal. De werkwijze is hierbij vergelijkbaar met de huidige procedure voor zorgconsumenten die bezwaar maken tegen het gebruik van de landelijke infrastructuur voor de uitwisseling van hun zorggegevens.

De gewenste keuzevrijheid en juistheid van de regio-indeling leidt tot de keuze voor optie 1b, selectie door de zorgconsument. Een automatische regio-indeling zou betekenen dat er voor de zorgconsument een keuze gemaakt wordt die te vaak niet zal passen.

Afhankelijk van hoe de regio-indeling tot stand komt, zal een aanvullende voorziening nodig zijn om de zorgconsument hier inzicht in te geven. Daarnaast zal een oplossing bedacht moeten worden voor de omgang met eventuele indelingswijzigingen na de keuze door de zorgconsument.

*Keuze 2: Welke regio-indeling is hiervoor te gebruiken, en zijn dit door zorgverleners of door de zorgconsument bepaalde regio's?*

- 2a. De zorgconsument kiest zelf een regio-indeling waarbij de grenzen bepaald worden door een territoriale gebiedsindeling.

Dit kan aan de hand van een lijst of door op de kaart van Nederland (bijv. per postcodegebied), aan te geven binnen welk geografisch gebied zorgaanbieders zijn gegevens kunnen uitwisselen. Echter, regionale samenwerking is in de praktijk niet gerelateerd aan geografisch vastgestelde grenzen zoals gemeentegrenzen of postcodes. Daarnaast is de locatie van zorgaanbieders niet altijd bekend bij de zorgconsument (denk aan bijv. ambulanceposten, avond apotheek of huisartsenpost). Dit resulteert in een tamelijk ingewikkelde communicatie met de zorgconsument, die eigenlijk alleen goed te ondersteunen is via een webportaal. De benodigde administratieve afhandeling is voor zowel zorgconsument als klantenloket relatief zwaar, complex en daardoor foutgevoelig.

- 2b. De zorgconsument kiest regio's uit een lijst.

Dit kunnen meerdere regio's zijn als de zorgconsument zorgverleners in meerdere regio's heeft. Welke zorgregio's te onderscheiden zijn en waaruit de zorgconsument dus kan kiezen, wordt in dit scenario bepaald door het zorgveld zelf. Op deze wijze kunnen bestaande samenwerkingsverbanden in de zorg intact blijven, hetgeen ook belangrijk is voor het draagvlak onder de zorgpartijen. De zorgconsument kan naslaan welke zorgverleners tot een bepaalde zorgregio behoren en op basis hiervan een keuze maken voor die zorgregio's die over mogen gaan tot regionale gegevensuitwisseling.

Dit scenario heeft ook nadelen: er is geen sluitende indeling voor heel Nederland te maken, de regio-indeling moet beheerd worden als zorgverleners van regio

veranderen of de regio-indeling tussen beroepsgroepen wijzigt, een minimum optie als "alleen mijn huisarts, apotheek en mijn ziekenhuis" is niet mogelijk en 'last but not least' is de transparantie van de keuze (wie wel, wie niet?) voor de zorgconsument beperkt.

- 2c. De zorgconsument kiest door in- of uitsluiting welke zorgaanbieders wel of niet toegang tot het medisch dossier hebben.

Bij het insluiten is het mogelijk om individuele zorgverlener(s), zorgverlencategorie(ën) en/of zorginstelling(en) aan te geven die wèl medische gegevens mogen opvragen via de landelijke infrastructuur. De zorgaanbieders die niet specifiek zijn gekozen hebben geen toegang. De patiënt kan er bijvoorbeeld voor kiezen om de toegang tot zijn medische gegevens te beperken tot alleen zijn huisarts, zijn apotheek en zijn ziekenhuis.

Als de zorgconsument kiest voor uitsluiten kan hij aangeven welke specifieke zorgverlener(s), zorgverlencategorie(ën) en/of zorginstelling(en) zijn medische gegevens niet mogen opvragen via de landelijke infrastructuur. De niet uitgesloten zorgaanbieders hebben dan wel toegang, natuurlijk met inachtneming van alle overige spelregels zoals die met betrekking tot de behandelrelatie en het vragen van toestemming.

Deze vorm van regio-indeling sluit optimaal aan bij individuele wensen van de zorgconsument en is zeer transparant. Wel is het aangeven van de keuze een administratieve last voor de burger die dit wil. Met behulp van standaard 'zorgconsument-profielen' kan de functionaliteit zo gebruiksvriendelijk als mogelijk via een klantenloket of webportaal worden aangeboden.

Op basis van de eerder genoemde criteria verdient optie 2c de uiteindelijke voorkeur. Op deze wijze wordt maximale keuzevrijheid voor de zorgconsument gecombineerd met optimale aansluiting op bestaande samenwerkingsverbanden in de zorg. In combinatie met optie 1b, levert dit het volgende voorkeurscenario op: de keuze voor de regio's waarbinnen zorggegevens van een zorgconsument uitgewisseld mogen worden, wordt door de zorgconsument zelf gemaakt op basis van in- of uitsluiten van zorgaanbieders. Deze regionale begrenzing kan worden aangeboden naast totaal bezwaar (niemand toegang) en geen regionale begrenzing voor bevoegde zorgaanbieders met een behandelrelatie.

## **2.4 Hoe werkt het?**

### *Het instellen van de grenzen*

De zorgconsument die wel wil dat zijn medische gegevens elektronisch uitgewisseld kunnen worden, maar die deze uitwisseling op voorhand wil beperken tot door hem te bepalen zorgaanbieders, kan hierin het eenvoudigst worden bediend via een specifieke website. Via deze site kunnen de in te sluiten of uit te sluiten zorgaanbieders snel worden gevonden, waarna met een muisklik de selectie voor in-, of uitsluiting kan worden gemaakt. De apotheken in de woonplaats kunnen bijvoorbeeld worden getoond, waarna de zorgconsument kan aangeven welke apotheek of apotheken in relevante zorgsituaties



zijn medicatiegegevens volgens de spelregels mogen ophalen. Ook kunnen desgewenst zorgaanbieders buiten de woonplaats worden aangeklikt. Dit is bijvoorbeeld relevant voor iemand die af en toe een zorgverlener buiten de regio bezoekt. Ook kan een keuze worden gemaakt voor een hele categorie zorgaanbieders, bijvoorbeeld alle huisartsposten in Nederland. De zorgconsument definieert in feite zijn eigen individuele regio. Op vergelijkbare wijze kan een zorgconsument die een individuele zorgaanbieder of een categorie wil uitsluiten worden bediend.

#### *Uitwisseling zorggegevens*

Bij het opvragen van gegevens via het landelijk schakelpunt vindt gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders plaats. Het landelijk schakelpunt beschikt zelf niet over de gegevens, maar controleert of de uitwisseling mag plaatsvinden. Ten behoeve van regionale begrenzing worden extra controleregels ingevoerd. Als de zorgconsument die de opvraag betreft een begrenzing heeft ingesteld zal de uitwisseling alleen tot stand komen indien de opvrager van de gegevens en de bron door de zorgconsument beide zijn ingesloten resp. niet zijn uitgesloten.

## **2.5 Impact: wat betekent het om "ja" te zeggen tegen regionale begrenzing?**

Deze paragraaf gaat in op de consequenties van regionale begrenzing per type belanghebbende: zorgconsumenten, zorgaanbieders en overheid.

#### *Zorgconsumenten*

Vanuit het perspectief van de zorgconsument is de impact van regionale begrenzing op de hierboven beschreven wijze als volgt:

- De zorgconsument krijgt de vrijheid om te kiezen tussen geen, regionale of landelijke uitwisseling van diens zorggegevens en kan zijn regio zelf bepalen.
- De zorgconsument krijgt maximale transparantie in welke zorgaanbieders bij zijn gegevens kunnen.
- Zorgconsumenten die gebruik willen maken van regionale begrenzing moeten een beperkte inspanning leveren om de eigen voorkeur aan te geven. Tevens zullen deze zorgconsumenten mogelijk hun keuze moeten aanpassen bij verandering in gezondheid of leefomstandigheden.
- Zorgconsumenten die kiezen voor regionale begrenzing dienen zich ervan bewust te zijn dat zij hiermee een beperking aanbrengen in de gegevensuitwisseling met zorgaanbieders uit andere regio's, en de mogelijke consequenties daarvan in geval van nood of na een verhuizing.

#### *Zorgaanbieders*

- De belangrijkste consequentie voor een zorgaanbieder is dat hij geen informatie over de patiënt kan opvragen of leveren in het geval dat zijn patiënt de elektronische uitwisseling heeft begrensd en de zorgaanbieder hierbij niet is ingesloten of juist is uitgesloten. Een zorgaanbieder die wel informatie mag opvragen kan dat niet van zorgaanbieders die niet zijn ingesloten of zijn uitgesloten. In dat geval is de zorgaanbieder aangewezen op conventionele methoden zoals een beroep doen op het geheugen van de patiënt of het schriftelijk opvragen van informatie.
- Er zijn voor regionale begrenzing geen aanpassingen vereist in de lokale zorgsystemen en er is ook geen beheerinspanning noodzakelijk.

#### *Overheid en Nictiz*

De impact op de infrastructurele voorzieningen zoals te realiseren en beheren door de overheid (VWS/CIBG) en Nictiz is beperkt. Het betreft hier de volgende aanpassingen:

- Het landelijk schakelpunt dient technisch beperkt uitgebreid te worden.
- De voorzieningen voor toezicht moeten (beperkt) worden uitgebreid zodat ook op de correcte werking van regionale begrenzing toezicht kan worden gehouden.
- Er dient een webportaal te worden gerealiseerd dat het mogelijk maakt voor zorgconsumenten om regionale begrenzing op een gebruiksvriendelijke wijze in te stellen. Dit is een uitbreiding van het bestaande webportaal.
- Het klantenloket zal de administratieve processen en formulieren moeten aanpassen om het keuzeproses van de zorgconsument te ondersteunen. Regionale begrenzing zal tot extra klantcontacten leiden.
- Eénmalige en structurele kosten kunnen worden begroot na het opstellen van het definitieve ontwerp.

## 2.6 Kosten en baten

### *Baten*

Voor zorgconsumenten levert het naar keuze aanbrenge van regionale begrenzing binnen de landelijke infrastructuur op basis van in- of uitsluiting, het volgende op:

- Keuzemogelijkheid: geen uitwisseling, regionale uitwisseling of landelijke uitwisseling van zorggegevens.
- Beperking vóóraf van het aantal zorgverleners dat toegang heeft tot zorggegevens wordt mogelijk voor wie dat wenst.
- Verhoogde transparantie en vertrouwen voor diegenen die gebruik maken van de begrenzing.

Daarbij heeft regionale gegevensuitwisseling via de landelijke infrastructuur de volgende voordelen bóven het gebruik van de huidige regionale netwerken hiervoor:

- De bestaande regionale systemen zijn veelal onvoldoende betrouwbaar en vertrouwelijk ingericht; het is veel duurder om de regionale uitwisseling veiliger te maken dan de landelijke infrastructuur geschikt maken voor regionaal gebruik.
- Wanneer zorgconsumenten ook zorgverleners bezoeken buiten de eigen regio (bijv. bij specialistische behandelingen, zorg onderweg of nabij het werk), zijn landelijke voorzieningen nodig om de continuïteit van de zorgverlening te waarborgen. Met de landelijke infrastructuur is geen nieuwe investering nodig om te komen tot een landelijke dekking door regionale netwerken.
- De landelijke infrastructuur bevat essentiële bouwblokken voor verdere e-health ontwikkelingen.

Om deze reden hebben overheid en veldpartijen in een uitgangspuntennotitie vastgelegd dat regionale en landelijke informatievoorziening aanvullend zijn en dat de doelstelling van een landelijke infrastructuur breed ondersteund wordt.

### *Kosten*

Het aanbrenge van regionale begrenzing in de landelijke infrastructuur brengt de volgende kosten met zich mee:

- Ontwerp en bouw van een webportaal, applicatie en procedure voor het gebruiksvriendelijk opzoeken van zorgverleners.
- Uitbreiding van de dienstverlening van het klantenloket.
- Aanpassing van het landelijk schakelpunt t.b.v. het insluiten en controle op combinatie zorgconsument en zorgaanbieders die zorggegevens willen uitwisselen.

## **2.7 Conclusie**

De impactanalyse toont aan dat het mogelijk is om regionale begrenzing aan te brengen in de landelijke infrastructuur voor de uitwisseling van zorggegevens door gebruik te maken van in- en uitsluiting van zorgaanbieders. Wanneer voor regionale begrenzing gekozen wordt, dient de zorgconsument zelf aan te geven tot welke zorgaanbieders de mogelijkheid van elektronische uitwisseling beperkt wordt. Hiermee behoudt de zorgconsument de volledige keuzevrijheid over het gebruik door zorgaanbieders van de eigen medische gegevens.

## 3 Resultaten impactanalyse sms-notificatie

### 3.1 Aanleiding

De landelijke infrastructuur maakt het mogelijk voor de zorgconsument om te allen tijde te controleren welke zorgverlener gegevens heeft opgevraagd. Dit mechanisme zou nog versterkt kunnen worden als een signaal per telefoon wordt ontvangen. Op verzoek van het ministerie van VWS heeft Nictiz de mogelijkheden en de gevolgen onderzocht van een voorziening waarmee zorgconsumenten die dat wensen automatisch tekstberichten op de mobiele telefoon (sms-notificatie) kunnen krijgen zodra hun gegevens zijn geraadpleegd.

### 3.2 Onderzoeksaanpak

De volgende vragen en onderzoekscriteria speelden een rol bij deze impactanalyse:

1. Vertrouwelijkheid: geen privacygevoelige informatie in het bericht en borgen dat het bericht bij het juiste nummer terecht komt.
2. Hoe / waar te gebruiken nummers registreren?
3. Wanneer en hoe vaak is een notificatie gewenst zodat:
  - a) zorgconsumenten niet overvoerd raken met berichten bij intensief contact;
  - b) de berichtkosten voor de zorgconsument beheersbaar zijn
  - c) de beheerkosten binnen de landelijke infrastructuur beperkt blijven.

### 3.3 Te maken keuzes

#### *Registratie telefoonnummers*

Om een sms-bericht te kunnen versturen naar een zorgconsument is het nodig bekend te zijn met diens mobiele nummer. Er is op dit moment geen complete (landelijke) registratie van mobiele nummers voorhanden. De registraties van mobiele nummers door de tientallen providers zijn niet beschikbaar voor gebruik, zeer variabel en alleen naar burgers te herleiden bij abonnementen. De meest betrouwbare registratie van mobiele nummers is opgenomen in de DigiD authenticatie oplossing. DigiD staat voor "digitale identificatie" van burgers en kent meerdere toepassingen op verschillende beveiligingsniveaus, zoals DigiD-laag (nummer plus wachtwoord) en DigiD-midden (nummer plus sms-bevestiging). Deze DigiD-midden registratie bevat voornamelijk slechts een percentage van de mobiele nummers (met name studenten en mensen die ervoor gekozen hebben ook sms-notificatie te gebruiken voor hun belastingaangifte, in totaal circa 3 miljoen Nederlanders). Het verdient niettemin aanbeveling te verkennen in hoeverre de voor DigiD-midden gerealiseerde voorzieningen technisch geschikt zijn (of gemaakt kunnen worden) voor gebruik door het landelijk schakelpunt en of ook de opgeslagen gegevens van mobiele nummers beschikbaar gesteld kunnen worden (dit laatste in verband met de vigerende privacy-wetgeving). Zo niet, dan zijn hier eigen of aanvullende voorzieningen voor nodig binnen de landelijke zorginformatie infrastructuur.

#### *Notificatie per e-mail*

Een tweede keuze is de optie om naast notificatie op de mobiele telefoon ook gebruik te maken van notificatie per e-mail. Het ontvangen van e-mailberichten is in principe gratis (mits men reeds beschikt over een computer met toegang tot internet en een e-mail adres), het ontvangen van sms-berichten kan geld kosten. Om deze reden lijkt dit een verstandige optie om (aanvullend) aan te bieden.

#### *Berichtinhoud*

De derde keuze betreft de inhoud van het bericht. In verband met de kans op fouten in het mobiele nummer of e-mailadressering en de matige beveiliging van sms-berichten of e-mail, verdient het sterke voorkeur dat berichten geen privacygevoelige informatie bevatten. Het bericht bevat alleen DAT-informatie en geen WAT- of WIE-informatie.

#### *Betalen voor notificaties*

Een vierde keuze betreft wie voor deze dienst gaat betalen: VWS als opdrachtgever voor de landelijke infrastructuur of alleen de zorgconsument die van deze dienst gebruik wil maken. Dit is een politiek-bestuurlijke keuze.

### **3.4 Hoe werkt het?**

#### *Aanmelden voor notificatie per sms (en/of e-mail)*

Zorgconsumenten die gebruik willen maken van notificatie bij toegang tot hun zorggegevens, krijgen de keuze of zij voor deze notificatie gebruik willen maken van sms, e-mail of een combinatie daarvan. Voor sms-notificatie zullen zij hun mobiele nummer moeten registreren via het klantenloket of eventueel een webportaal. Bij de registratie kan een controle opgenomen worden om te verifiëren dat het mobiele nummer correct is ingevoerd en ook daadwerkelijk in bezit is van de zorgconsument. Wanneer de zorgconsument (daarnaast of in plaats daarvan) kiest voor notificatie per e-mail, dient deze zijn e-mailadres op te geven. Bij aanmelding kan de zorgconsument tevens opgeven of deze dagelijks, wekelijks, of maandelijks bericht wil krijgen. De zorgconsument kan desgewenst op ieder moment de instellingen wijzigen. Om te zorgen dat het juiste mobiele nummer resp. e-mail adres wordt gebruikt, dient de consument zelf eventuele wijziging van zijn mobiele nummer of e-mail adres door te geven.

#### *Ontvangen van notificaties*

Om een overvloed om berichten te voorkomen en tevens de kosten bij sms beperkt te houden, wordt niet voor elke raadpleging een separaat bericht gestuurd; een enkel bericht dat er in de afgelopen periode raadpleging heeft plaatsgevonden, is voldoende om de zorgconsument te informeren. Het tekstbericht via de sms (of als de zorgconsument dat wil via een e-mail) bevat geen inhoudelijke informatie over wie wat geraadpleegd heeft en daarmee ook geen persoonsgegevens. Mocht de zorgconsument meer informatie over de raadpleging(en) willen krijgen, kan deze zich richten naar het klantenloket of webportaal met een inzageverzoek.

### **3.5 Impact: wat betekent het om "ja" te zeggen tegen sms-notificatie?**

#### *Zorgconsumenten*

Zorgconsumenten krijgen de mogelijkheid tot een actieve notificatie bij toegang tot hun zorggegevens. Wanneer de zorgconsument de sms-kosten moet betalen, kan deze dit in de hand houden door zelf te bepalen met welke frequentie hij op de hoogte wordt gesteld van de raadplegingen. En als de zorgconsument gebruik van sms te duur vindt, kan hij ook geïnformeerd worden per e-mail. Doordat het sms- resp. e-mail bericht slechts aangeeft dát gegevens zijn geraadpleegd en het bericht geen persoonsgegevens bevat, zijn de privacyrisico's minimaal.

#### *Zorgverleners*

Het bieden van notificatie per sms of e-mail heeft geen implicaties voor zorgverleners, anders dan dat zorgconsumenten hiermee meer controle mogelijkheden hebben.

### *Overheid en Nictiz*

De impact op de overheid betreft met name de realisatie van de hiervoor benodigde voorzieningen, zoals de registratie van mobiele nummers en e-mailadressen. Het aantal berichten waarom het gaat, is lastig in te schatten, maar beide voorzieningen zijn zowel technisch als organisatorisch eenvoudig schaalbaar en in te richten. Daarnaast kan notificatie per sms of e-mail leiden tot een nog onbekende toename in het aantal inzageverzoeken.

De kosten voor de realisatie en invoering van de technische voorzieningen zijn in principe eenmalig. De kosten voor beheer en onderhoud alsmede de overige exploitatiekosten zijn structureel. De hoogte van de kosten kunnen eerst na een definitieve ontwerpfase worden geraamd. Voor de doorlooptijd voor de realisatie van deze voorzieningen moet rekening gehouden worden met de tijd die nodig is voor het inrichten van een Europese aanbesteding voor de selectie van een telecom provider voor de SMS-berichten.

## **3.6 Kosten en baten**

### *Baten*

Het aanbieden van automatische tekstberichten op de mobiele telefoon (sms-notificatie) aan zorgconsumenten zodra hun gegevens zijn geraadpleegd, draagt bij aan:

- Verhoogde transparantie op de uitwisseling van zorggegevens en meer controlemogelijkheden hierop voor de zorgconsument die dat wenst;
- Vertrouwen dat niet ongezien en ongeautoriseerd gegevens van de zorgconsument geraadpleegd kunnen worden
- Een aanvulling op de bestaande logging-faciliteiten van de landelijke infrastructuur.

### *Kosten*

Hier staan de volgende (mogelijke) kostenposten tegen over:

- Aanvullende voorziening binnen het landelijk schakelpunt voor de registratie van sms-nummer, frequentie en evt. e-mailadres;
- Aanvullende procedure in klantenloket resp. voorziening in webportaal voor het aanmelden voor de notificatie faciliteit per sms c.q. e-mail;
- Extra beveiligingsvoorzieningen voor aansluiting van het landelijk schakelpunt op een sms-centrale resp. e-mailserver
- Kosten voor het verzenden dan wel ontvangen van sms-berichten.
- Mogelijke toename in het aantal inzageverzoeken.

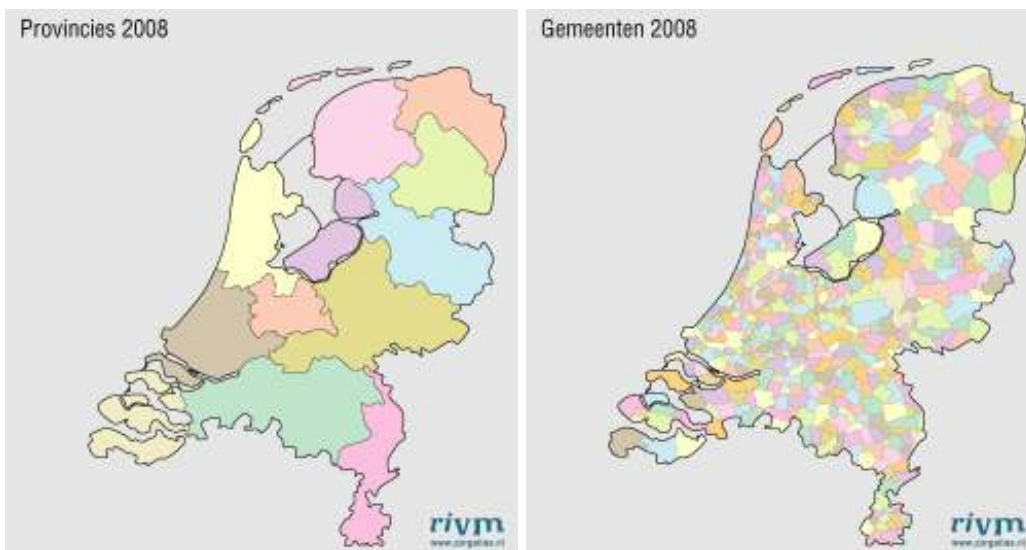
## **3.7 Conclusie**

Het geautomatiseerd aanbieden van tekst berichten op de mobiele telefoon of naar het e-mailadres van zorgconsumenten, maakt het mogelijk dat zorgconsumenten die dat willen snel op de hoogte worden gesteld van raadpleging van hun gegevens. Hiermee krijgen zij betere mogelijkheden voor toezicht. Deze verhoogde transparantie voor de zorgconsument versterkt het vertrouwen bij zorgconsumenten dat zorgverleners – of anderen namens de zorgverleners - niet ongemerkt bij hun gegevens kunnen. Notificatie per sms-bericht en/of e-mail is daarmee een aanvulling op het huidige vertrouwensmodel dat tegen relatief beperkte kosten te realiseren is.

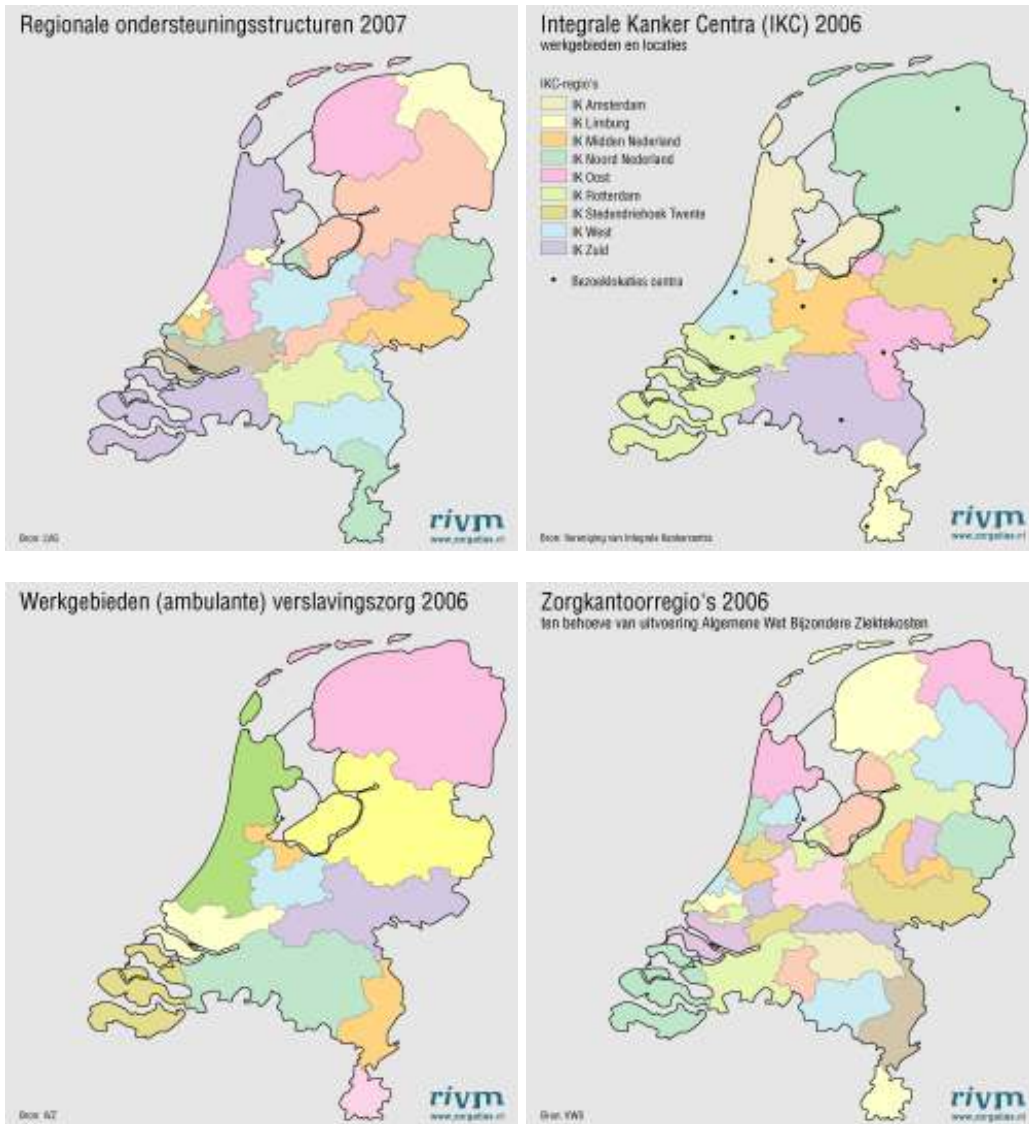
## Bijlage 1 Regionale samenwerkingsverbanden

Elk regionaal samenwerkingsverband in de zorg kent een eigen ontstaansgeschiedenis en ontwikkeling. Regio's verschillen daardoor sterk van samenstelling, samenwerkingsvorm, besturing, omvang, doel, aard van dienstverlening, financiering, draagvlak, mate van continuïteit, etc. Verder kunnen regio's elkaar overlappen: één zorgpartij kan met meerdere regio's te maken hebben, vaak voor verschillende toepassingen, maar soms ook voor dezelfde. Naast enkele tientallen bestaande regionale zorgnetwerken en (61) OZIS-regio's, zijn er ook gespecialiseerde regionale samenwerkingsverbanden, zoals de integrale kankercentra (9) en de regionale ondersteuningsstructuren voor de eerstelijnszorg (23). Er worden thans verschillende regio-indelingen naast elkaar gebruikt. Hieronder een aantal voorbeelden. Alle getoonde kaarten zijn afkomstig van de door RIVM beheerde website [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl).

### Geografische indelingen



## Bestaande zorgregio indelingen







etc.

## Bijlage 2      Referenties

CBP, Twee regionale elektronische patiëntendossiers in strijd met de wet - Patiënten niet geïnformeerd over opname van hun gegevens, persbericht, 27 mei 2009

EK 31 466 A, wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg, 19 februari 2009

EK 31 466 F, verslag van een rondetafelgesprek d.d. 22 maart, W. de Boer, griffier vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vastgesteld op 24 maart 2010

EK 31 466 H, brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal inzake wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg, 6 mei 2010

EK 31 466 J, motie Dupuis (VVD) over de ontoereikendheid van de toestemmingsprocedure bij weigering door burgers om hun gegevens in het EPD te laten opnemen, 1 juni 2010

EK 31 466 K, motie Tan (PvdA) over het nemen van geen onomkeerbare beslissingen over het Elektronisch Patiëntendossier en het Landelijk Schakelpunt, 1 juni 2010

EK 31 466 L, motie Slagter-Roukema (SP) over een communicatieplan van de regering waarin de stand van zaken wordt toegelicht en duidelijkheid gegeven wordt over het vervoltraject, 1 juni 2010

Logius, <http://jaaroverzicht.gbo.overheid.nl/resultaten/toegang/digid/>

MEVA/ICT-3008107, brief van de minister van VWS aan de Eerste Kamer der Staten-Generaal inzake moties d.d. 1 juni op wetsvoorstel 31466, 11 juni 2010

MEVA/ICT-3001560, brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer inzake Voortgangsrapportage elektronisch patiëntendossier eerste kwartaal 2010, 14 juni 2010

Ministerie van VWS en de koepelorganisaties KNMG, LHV, KNMP, NHG, KNGF, VHN, V&VN, NMT en Orde, uitgangspuntennotitie invoering landelijk EPD, 28 oktober 2009

NIVEL, J.R.J. de Leeuw e.a., Patiëntveiligheid in de eerstelijnsgezondheidszorg: stand van zaken, [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

OZIS, gezamenlijke leveranciers, Informatie over migratie OZIS naar nieuwe standaarden LSP (tevens bijlage 2 bij brief VWS d.d. 11 juni), 26 mei 2010

Regionaal Architectuur Platform (RAP) onder redactie van G. Klein Wolterink (IZIT), J. Popken (Nictiz), M. Sprenger (Nictiz), met input van: F. Bos (EZD Amsterdam), W. Hodes (Stichting Gerrit) en T. Schrama (Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken), WHITE PAPER Regionale informatievoorziening voor de zorg, regionale en landelijke ontwikkelingen in samenhang, 13 oktober 2008.

TNS NIPO, F. Hentenaar, Patiënten over fouten in medische informatieoverdracht, 2004