

Werkplan 2023: vragen en antwoorden

Vragen opgehaald tijdens netwerkdag op 17 november 2022

Algemene vragen

1. *Wat houdt productiedatum in?*
De productiedatum is de datum waarop het programma vereist dat de een versie in productie is genomen. We hanteren drie belangrijke data: publicatie, productie en uiterste datum voor realisatie in productie.
2. *Wat is het beleid voor medicatieoverdracht, HL7v3 of FHIR?*
Dit wordt in het programma geregeld.
3. *Hoeveel versies mag je maximaal achterlopen?*
Maximaal 2 versies, afhankelijk van de verplichtingen voor de infrastructuur. Overigens dwingen we niet, bij afwijking gaan we in gesprek.
4. *Wat is het beleid voor het uitfasen van HL7v3?*
Dit bepaalt de standaard.
5. *De onderwerpen met kleurcode groen vallen in de categorie 'er zijn afspraken gemaakt met sectoren en/of leveranciers'. Maar welke afspraken zijn precies met welke partijen gemaakt? Dat is niet duidelijk, maar wel noodzakelijk voor de beoordeling van het plan.*
Wie aan welke programma's deelnemen, kunnen we met alle deelnemers delen.
6. *Er is geen capaciteit beschikbaar om aan 'could'-onderwerpen te werken in 2023.*
Dan is could dus niet haalbaar. Met could bedoelen we dat er in 2023 aan wordt gewerkt.
7. *Als leveranciers niet aan een onderwerp (kunnen) werken, moet VZVZ dit ook niet doen en het project stilzetten.*
Als er geen capaciteit is, bespreken we met elkaar – en met de sectoren – wat wel haalbaar is en welke consequenties dit voor het project heeft
8. *Hoe is de coördinatie van de uitrol van Mitz georganiseerd? Zodat Mitz goed geïntroduceerd kan worden bij de patiënt.*
Mitz doet de uitrol in afstemming met VWS, sectoren, zorgaanbieders en leveranciers. Het uitgangspunt is dat een zorgaanbieder die Mitz gaat gebruiken de eigen patiënten informeert. De patiënt ziet dit ook in MijnMitz.
9. *Hoe gaan we om met verschillende toestemmingsvoorzieningen?*
Deze vraag ligt bij Twiin. De norm 'toestemmingen' (een onderdeel van de normen voor generieke functies) beschrijft de eisen aan toestemmingsvoorzieningen.
10. *Wat is de impact van NEN 7512 op Aorta 8.4?*
Na een eerste analyse lijkt er een impact te zijn. Naar onze inschatting is deze impact te overzien. NEN 7512 verwijst bijvoorbeeld naar de meest recente NCSC-richtlijnen voor kanaalversleuteling waarin alleen algoritmen met status 'goed' mogen worden gebruikt. Dit betekent een overgang naar TLS 1.3, zie: [ICT-beveiligingsrichtlijnen+voor+Transport+Layer+Security+v2.1.pdf](#). Ook verwijst NEN 7512 naar eIDAS. Daarnaast is het risicoanalysemodel wat aangepast. We voeren deze wijzigingen door in opvolgende AORTA-releases.
11. *Wat worden de AORTA 9.0-eisen?*
We maken de datum en de eisen in de loop van 2023 bekend en bespreken deze uitgebreid met de leveranciers.
12. *Komt er een aparte kwalificatie voor AORTA 8.3 als je al gekwalificeerd bent voor AORTA 8.2?*
Zie het antwoord op vraag 21.

13. *Wat houdt de ggz-authenticatie binnen ZORG-ID in? Wat verandert er voor zorgaanbieders die ZORG-ID niet gebruiken? Hoe kan ZORG-ID een must zijn, als ZORG-ID niet verplicht is?*
 ZORG-ID is géén 'must'. Het is wel een erg handig hulpmiddel voor softwareontwikkelaars om de software voor de ggz aan te laten sluiten op de behoeften van de ggz. Het vereenvoudigd gebruik van de UZI-pas is noodzakelijk om een voldoende voor de gebruikersacceptatie te krijgen. Softwareontwikkelaars kunnen ook zonder ZORG-ID voldoen aan de AORTA-eisen, maar dat 'kost' veel meer inspanningen.
 Met het vereenvoudigd gebruik van de UZI-pas kan een zorgaanbieder binnen het zorgproces gebruikmaken van 'andere' 2-factor authenticatiemiddelen (ggz-authenticatie) voor toegang tot de applicatie en daarna het medisch dossier actualiseren (zonder UZI-pas). Zonder ZORG-ID moet de softwareontwikkelaar de AORTA-SAML2-tokens zelf ontwikkelen. Ook de ondertekening is lastig. De ene keer moet een zorgaanbieder het authenticatiecertificaat met een token ondertekenen, een andere keer met het UZI-servercertificaat. Meer informatie vind je in de implementatiehandleidingen van de tokens. ZORG-ID ontzorgt de XIS-leverancier, zodat ze de kosten voor de ontwikkeling van de beveiliging laag (of lager) kunnen houden.
14. *Wanneer moeten we klaar zijn voor TLS 1.3? Ik verwacht dat dit grote impact heeft en dat we hier nog minstens een half jaar voor nodig hebben.*
 De NEN-norm schrijft voor dat ontwikkelaars algoritmen met status voldoende (TLS 1.2) binnen 6 maanden moeten uitfaseren. VWS moet echter nog communiceren welke implementatietermijn het veld moet hanteren voor deze NEN-norm. Er is namelijk een relatie met wetgeving. Deze communicatie heeft nog niet plaatsgevonden. Toch is het verstandig nu al de overgang te maken naar TLS 1.3 en niet te wachten op bericht van VWS. Er komt immers sowieso een verplichting om minimaal aan de NCSC-norm 'goed' te voldoen.
15. *Kunnen jullie aangeven wat verplicht is voor de XIS-leveranciers en wat optioneel is? In het werkplan staan groene blokken met het kenmerk 'MUST'. Dit lijken eerder 'musts' voor VZVZ om onderdelen op een bepaald moment klaar te hebben, dan dat elke XIS-leverancier eraan moet voldoen.*
 Zie het antwoord op vraag 1.

Vragen LSP

16. *De meeste systemen draaien in productie op versie 6.x. De stap naar 8.x vraagt om substantiële wijzigingen – bijvoorbeeld bouwstenen – die we niet vanuit onderhoud kunnen financieren. Welke financiering wordt geregeld?*
 Op dit moment zijn alleen de huisartssystemen AORTA 8-systemen. Die zijn via het programma Ketenzorg gefinancierd.
17. *Heeft AORTA 8.4 impact op zorginformatiesystemen?*
 De definitieve scope moeten we nog vaststellen. We verwachten dat het vooral een release gaat worden, met een verbeterde documentatieset. Daarnaast gaan we diverse RFC's verwerken. De precieze impact voor zorginformatiesystemen is nog niet duidelijk, maar we verwachten geen grote wijzigingen.
18. *Wat is de reikwijdte van AORTA 9.0? Geldt AORTA 9.0 ook voor lopende uitwisselingen of alleen voor MP9? Wat is de relatie met het medicatieproces?*
 AORTA 9.0 is niet alleen voor MP9, maar ook voor andere zorgtoepassingen. Dit bepalen we per zorgtoepassing. Er moeten bijvoorbeeld wel FHIR-specificaties beschikbaar zijn. Voor MP9 is er ook sprake van een vertaling van HL7v3 naar FHIR (en omgekeerd). Ook deze vertaling is specifiek voor een bepaalde zorgtoepassing en is met AORTA 9.0 niet voor alle zorgtoepassingen beschikbaar.

19. *Waarom staat bij LSP-gebruiker AORTA 8.4 en staat deze niet in het EVS-plaatje?*

Zie het antwoord bij vraag 28.

Vragen HIS

20. *Welke 'afspraken ketenzorg bouwstenen' zijn met welke partij gemaakt?*

In het HIPMA-overleg hebben ZN en InEen het volgende gesteld: partijen die het convenant Ketenzorg getekend hebben en leveranciers die de ontwikkeling hebben afgerond met een succesvolle kwalificatie en acceptatie en daarmee de tegemoetkoming in de ontwikkelkosten hebben ontvangen – en dus ook de bouwstenen al dan niet in een productieversie beschikbaar hebben – zouden de implementatie moeten doen. InEen vindt daarbij vooral de beschikbaarheid van de bouwstenen voor andere zorgtoepassingen belangrijk. De leden van NedXIS zijn hierover verdeeld.

21. *Is AORTA 8.3 alleen bedoeld voor deelnemers aan de kickstart?*

Nee. AORTA 8.3 wordt verplicht voor alle (nieuwe) zorgtoepassingen. Leveranciers doen er goed aan om de impact van de AORTA 8.3-publicatie voor hun systeem te bepalen. Dit is onafhankelijk van de zorgtoepassing en of het een bestaande of een nieuwe zorgtoepassing is. Het PvE van de zorgtoepassing is tegenwoordig gekoppeld aan de publicatie van de infrastructuur. We verwachten dat bij elke infrastructuurpublicatie de aangesloten XIS-leveranciers het PvE van de zorgtoepassingen waar ze voor geaccepteerd zijn doornemen, de impact bepalen en met VZVZ de implementatietermijn afstemmen (als het nodig is om de publicatie daadwerkelijk te implementeren). Ten opzichte van AORTA 8.2 is alleen de XIS-servicedesk geïntroduceerd. Hier moeten leveranciers invulling aan geven. Hiervoor is geen nieuwe technische acceptatie nodig.

22. *Voor de huisarts is het vereenvoudigd gebruik van de UZI-pas – ZORG-ID Smart – geen grote winst, de functie voegt weinig toe. Is deze prioriteit afgestemd binnen HIPMA?*

De invoering van ZORG-ID Smart binnen de eerste lijn is een gevolg van de vooraankondiging dat er na vele jaren van (hoge) vergoedingen een goedkopere oplossing voor UZI-passen van zorgmedewerkers komt, mét een hoger gebruiksgemak.

Het is aan de leveranciers om dit wel of niet voor de klanten te ontwikkelen. VZVZ verplicht leveranciers tot niets. ZN heeft ZORG-ID (Smart) op 1 november 2022 in het HIPMA-overleg ingebracht. Met het oog op de beëindiging van de vergoeding in 2024 moet de ontwikkeling in 2023 plaatsvinden. De prioriteit wordt nog verder afgestemd binnen HIPMA.

De koepels hebben de besluiten over de vergoedingsregelingen vlak voor de VZVZ-netwerkdag genomen. Het HIPMA-overleg wordt hier via de formele structuren over geïnformeerd. Wij hebben u vroegtijdig gewezen op deze ontwikkeling.

Met ZORG-ID Smart kunnen huisartsen het inschrijfproces nog korter maken. Want in het inschrijfproces kunnen de waarborgen voor het VGU (Vereenvoudigd Gebruik UZI-pas) in één keer gecreëerd worden. Kortom, er is een bestaand proces gekozen om de benodigde waarborgen te creëren.

23. *De prioriteit van Mitz moet via HIPMA worden bepaald.*

VZVZ-leveranciersmanagement zorgt voor duidelijke specificaties voor leveranciers en denkt mee over een roadmap van minimale functionaliteit naar volledige ondersteuning in een EPD. Het moment waarop XIS-leveranciers de gewenste Mitz-functionaliteit gaan inbouwen, wordt in overleg met de zorgaanbieders (de gebruikers) bepaald. Voor de HIS'sen vindt deze afstemming plaats in het HIPMA-overleg. Daar draait het om de vraag of Mitz de gemeenschappelijke voorziening is die in 2023 wordt ingebouwd.

Vragen AIS

24. *Is AORTA 8.3 alleen voor deelnemers aan de kickstart?*

Zie het antwoord op vraag 21.

Vragen HAPIS

25. *Leveranciers hebben geen afspraken over ZORG-ID gemaakt.*

Zie het antwoord op vraag 22. Voor de HAPIS-leveranciers geldt dat het inschrijfproces aan de balie makkelijker kan. Op de HAP blijft een aantal UZI-passen voor medewerkers nodig, voor inschrijving via de telefoon.

26. *ZORG-AB heeft een beperkte meerwaarde voor de beschreven toepassing.*

Het verzenden van recepten, vooraankondigingen, medicatieafspraken (EDIFACT) is in ontwikkeling. ZORG-AB ondersteunt bij het kiezen van de meest actuele berichtversie van een recept voor de ontvanger, maar helpt ook om een ontvanger – zoals apotheek, ziekenhuis, huisarts – te vinden, ook buiten de eigen kring.

ZORG-AB kan ook de vindbaarheid van de HAP regelen. De HAP presenteert zich binnen ZORG-AB met alle (elektronische) diensten.

Vragen EVS

27. *Leveranciers hebben geen afspraken over ZORG-ID gemaakt.*

Zie het antwoord op vraag 25.

28. *Wanneer zijn de eisen van AORTA 9.0 bekend?*

We maken de datum en de eisen in de loop van 2023 bekend en bespreken ze met de leveranciers.

29. *Alleen deelnemers aan de kickstart hebben afspraken gemaakt, maar Mitz en Zorg-AB vallen hier niet onder. EVS is een deelsysteem, het EPD of ECD moet deze koppelingen ondersteunen.*

ZORG-AB is opgenomen in de zorgtoepassing medicatieoverdracht. Binnen medicatieoverdracht zullen we toetsen op het PvE. Zie ook het antwoord op vraag 26.

Vragen ETD

30. *Zijn de afspraken beperkt tot de kickstart?*

Ja. Op dit moment zijn de afspraken beperkt tot de deelnemers aan de kickstart. Andere leveranciers volgen bij de brede uitrol.

31. *Met welke leveranciers zijn afspraken over de 'must'-onderwerpen gemaakt?*

Met Medimo, CareConnections en Chipsoft.

Vragen ECD

32. *Hoe kijkt VZVZ aan tegen de toepassing van Mitz in de VVT-sector?*

Zorgaanbieders kunnen in hun ECD een toestemming van de cliënt registreren. VVT-zorgaanbieders die de patiënt de mogelijkheid willen geven om dit zelf via een online voorziening te doen, kunnen gebruikmaken van Mitz. Dat staat los van het uitwisselingssysteem dat ze gebruiken. Zorgaanbieders kunnen ook uitwisselingen via een Nuts-protocol baseren op een toestemming in Mitz. Een zorginstelling kan zowel Mitz gebruiken als een toestemming in het eigen ECD registreren. Dan moet het ECD 'achter de schermen' met Mitz gesynchroniseerd worden. Zodat de cliënt het thuis via MijnMitz kan inzien.

33. *De leveranciers vinden dat er één oplossing moet komen.*

Als alle leveranciers samen kiezen om één oplossing in te bouwen, komt er één oplossing. Als VWS een gemeenschappelijke voorziening bij wet verplicht, komt er (op den duur) ook één oplossing. Als alle zorgaanbieders voor één voorziening kiezen, komt er ook één oplossing.

Vragen ambulance en SEH

34. *Met welke partij zijn welke afspraken gemaakt?*

Vanuit de ambulancesector en de SEH's is veel vraag naar de PS voor Acute Zorg. PS staat voor 'professionele samenvatting'. Maar de huisartsen vinden dat de toestemming eerst geregeld moet zijn. Daar kan Mitz of de voorgenomen opt-out voor spoedzorg aan tegemoet komen. Er is behoefte om (op alle aspecten) ervaring op te doen.

35. *Het moet duidelijk zijn welke PS bedoeld wordt.*

De PS voor Acute zorg (AMBU, SEH, MKA) bestaat uit bouwstenen (dat is de relatie met LSP Ketenzorg). De implementatie van de bouwstenen voor deze zorgtoepassing vergt een kleine inspanning. De HIS-leverancier uit de pilot had enkele dagen nodig voor bouw-test-kwalificatie-acceptatie-oplevering.

Vragen ZORG-AB

36. *ZORG-AB mist nog steeds belangrijke functionaliteiten voor onze klanten: subscribe en notify.*

VZVZ is bezig met de ontwikkeling, maar heeft voornog geen oplevertermijnen gepresenteerd.

Deelname van leveranciers aan de ontwikkeling van subscribe en notify, maar ook gegarandeerde afname, is randvoorwaardelijk voor de investering en de implementatiekosten. Inmiddels hebben we de ontwikkeling in versie 2.10 van ZORG-AB opgenomen. Afhankelijk van de oplossing komen de functies in de loop van 2023 beschikbaar.

Meerdere partijen toonden belangstelling, maar ze gaven niet aan dat ze de functies na oplevering direct wilden toepassen. We nodigen leveranciers graag uit om deze toezegging bij ons te doen. Dan bepalen we samen de opleverdatum.