

Beleidskeuzes uitgelegd <i>Onderbouwing doeltreffendheid, doelmatigheid en evaluatie (CW3.1)</i>	
Doel(en)	Welke doelen worden nagestreefd met het voorstel in termen van beoogde prestaties en effecten?
Beleidsinstrument(en)	Welke beleidsinstrumenten worden ingezet om deze doelen te realiseren?
Financiële gevolgen voor het Rijk	Welke gevolgen heeft het voorstel voor de Rijksbegroting?
Financiële gevolgen voor maatschappelijke sectoren	Welke financiële gevolgen heeft het voorstel voor maatschappelijke sectoren (als van toepassing)?
Nagestreefde doeltreffendheid	Op welke wijze en in welke mate wordt verwacht dat het beleidsinstrumentarium gaat bijdragen aan de beoogde prestaties en effecten? (beknopte beleidstheorie)
Nagestreefde doelmatigheid	Waarom is het voorgestelde instrumentarium een efficiënte manier om de beoogde prestaties en effecten te bereiken?
Evaluatiepara graaf	Hoe wordt het voorstel gemonitord en geëvalueerd?

Ad 1: Doel(en)

De basis voor de uit te voeren activiteiten voor de PGO wordt gevormd door de Nationale Visie en Strategie op het Gezondheidsinformatiestelsel (NVS): databeschikbaarheid voor preventie, zorg en welzijn en de afspraken in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) ('Goed gevulde PGO').

Voor het standaardiseren van de gegevensuitwisseling zijn vanuit het coalitieakkoord middelen voor de ontwikkeling, implementatie en beheer van onder andere de PGO beschikbaar gesteld. Deze middelen moeten leiden tot een structurele besparing vanaf 2029 van € 340 miljoen.

Databeschikbaarheid en een volwaardige positie van burgers in het gezondheidsinformatiestelsel is een absolute noodzaak, omdat door vergrijzing, toename van chronische leefstijlgerelateerde ziekten en andere oorzaken de druk op de zorg toeneemt. Goed geïnformeerde en gezondheidsbewuste burgers zijn beter in staat regie te nemen over hun eigen gezondheid. Zij worden daarmee versterkt in het maken van de juiste keuzes over hun gezondheid. Dit leidt tot vermindering van de kans op leefstijl-gerelateerde ziekten, betere kwaliteit en veiligheid van zorg, grotere tevredenheid van zorggebruikers, lagere zorgconsumptie en daardoor tot lagere kosten. *'Om de zorg financieel, personeel en maatschappelijk vol te kunnen houden zijn keuzes nodig. Burgerparticipatie is daarvoor een noodzakelijke voorwaarde'* schreef de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in 2021 in haar rapport 'Kiezen voor houdbare zorg'.

Ad 2: Beleidsinstrument(en)

Voor de doorontwikkeling van het afsprakenstelsel, het coördineren van implementatietrajecten, beheer t.b.v. de uitvoering van het PGO-stelsel en leveren van ondersteuning aan PGO-leveranciers, zorgkoepels en zorgaanbieders wordt een subsidie verstrekt aan Stichting MedMij. Voor de aanbesteding PGO worden middelen ingezet voor het kosteloos aanbieden van een PGO en voor het meewerken aan innovaties om het gebruiksgemak van PGO's te vergroten. De middelen worden via opdrachten verstrekt.

De ontwikkeling en het beheer van Mijn Gezondheidsoverzicht (MGO) en de Vertrouwde Authenticatiedienst (VAD) vindt plaats door externe inhuur.

Om de aansluiting van zorgaanbieders op de PGO en de MGO te verbeteren, is het programma MeerMed opgezet onder leiding van een programmamanager van VWS met een ondersteunend team. Het doel van dit programma is het ontsluiten van méér medische gegevens vanuit méér bronsystemen (verdiepingsslag en verbetering), als vervolg op de aflopende of afgelopen

versnellingsprogramma's voor de informatie-uitwisseling tussen patiënten en professionals (VIPP's). Hiervoor worden middelen via opdrachten en externe inhuur verstrekt. Het ontsluiten van gezondheidsgegevens bij publieke instellingen wordt gerealiseerd met behulp van subsidies en het verstrekken van opdrachten.

Ad 3A: Financiële gevolgen voor het Rijk

De ontwikkel-, beheer- en implementatieactiviteiten voor PGO en MGO betreffen een nadere invulling van de middelen die aan het ministerie van VWS beschikbaar zijn gesteld bij eerste suppletoire begroting 2023, ontwerpbegroting 2024 en 2025. In totaal is een budget gereserveerd van € 72,7 miljoen in 2025 aflopend tot structureel € 24,1 miljoen vanaf 2029. Daarnaast levert de intensivering een verwachte besparing op die oploopt tot structureel € 48 miljoen vanaf 2029.

Ad 3B: Financiële gevolgen voor maatschappelijke sectoren

De kosten die de zorgsector moet maken om data te ontsluiten naar Mijn Gezondheidsoverzicht en PGO's bestaan globaal uit twee onderdelen:

1. Technische kosten: deze bestaan uit het contracteren van een partij die de rol van Dienstverlener Zorgaanbieder (DVA), het koppelvlak in het MedMij Afsprakenstelsel, kan vervullen. Dit wordt óf door de eigen XIS-leverancier of door een derde partij gedaan. De kosten voor een DVA zijn onderdeel van de totale ICT-kosten van een zorgaanbieder (geschat op circa 5% van het ICT-budget)
2. Kosten verbonden aan het anders en beter registreren in bronsystemen. Dit is de tijd en energie die zorgverleners moeten steken in een betere registratie aan de bron. Tijdens gestandaardiseerde informatieuitwisseling blijkt vaak dat de datakwaliteit aan de bron onvoldoende is: datavelden zijn niet of onjuist gevuld, veel gestructureerde data zijn als vrije tekst geregistreerd et cetera. Deze kosten verschillen per sector, afhankelijk van de 'digitale volwassenheid' van die sector. Het programma MeerMed (zie punt 2) biedt zorgkoepels ondersteuning als vervolg op de VIPP-regelingen en programma's als registratie aan de bron en eenheid van taal. Al deze activiteiten zijn onderdeel van de (digitale) transitie van de zorg. Met de financiers en stelselbeheerders van de zorg zijn afspraken gemaakt en zijn middelen beschikbaar gesteld (o.a. via het Integraal Zorgakkoord) om deze transitie in goede banen te leiden.

Ad 4: Nagestreefde doeltreffendheid

Databeschikbaarheid en een volwaardige positie van burgers in het gezondheidsinformatiestelsel leidt, onder meer, tot de volgende resultaten:

1. Betere mogelijkheden voor samen beslissen. In verschillende praktijksituaties (meebeslissen over doorbehandelen bij kanker, het aantal embryo's dat wordt teruggeplaatst bij een ivf-behandeling, het ondergaan van een KNO-operatie) is aangetoond dat dit leidt tot grotere tevredenheid van zorgverleners en zorggebruikers en lagere kosten.
2. Verbetering van de begrijpelijkheid, actualiteit en compleetheid van het dossier. Dit is onderzocht door het Nivel tijdens de looptijd van VIPP OPEN.
3. Tijdswinst voor zorgverleners doordat administratieve processen (afspraak maken, herhaalrecept aanvragen, uitslagen bekijken, consult voorbereidende vragen beantwoorden) voortaan elektronisch worden afgehandeld. Dit effect is in meerdere maatschappelijke kosten-batenanalyses aangetoond.
4. Besparing op medicatiekosten en ziekenhuiskosten door digitale ondersteuning van mensen met een chronische aandoening door de huisarts (MKBA Coöperatie Zelfzorg Ondersteund)
5. Verbetering medicatieveiligheid en verbetering efficiëntie door de beschikbaarheid van een actueel medicatieoverzicht in de PGO en de mogelijkheid tot validatie van het medicijngebruik door patiënten (Dissertatie Denise van der Nat, apotheker).

Ad 5: Nagestreefde doelmatigheid

Met het ontsluiten van de huisartsen en een groot deel van de ziekenhuizen kunnen bij landelijk gebruik (volgens verwachting na de landelijke campagne) al de eerste besparingen worden gerealiseerd. Dit zal naar verwachting 2027 zijn. De komende jaren zullen steeds meer sectoren (GGZ, LZ en geboortezorg) worden ontsloten, waardoor de verwachte besparingen richting 2029 toenemen.

Ad 6: Evaluatieparagraaf

De te verwachten baten en resultaten van het bevorderen van databeschikbaarheid voor burgers hangen *kwantitatief* in grote lijnen af van twee parameters:

1. **Het aanbod.** Uit hoeveel verschillende sectoren worden data naar PGO's en Mijn Gezondheidsoverzicht ontsloten. Welk percentage van de aanbieders die actief zijn in een bepaalde sector ontsluiten daadwerkelijk gezondheidsdata? Vormen de ontsloten data een representatief of substantieel deel van de totale dataset?
2. **Het gebruik.** Welk deel van de potentiële doelgroep (in principe de Nederlandse bevolking) heeft daadwerkelijk toegang tot de data en in welke mate word deze toegang gebruikt? In welk percentage van de gevallen is de toegang tot de data succesvol?

In het kader van het programma MeerMed worden hierover m.b.v. werkgenda's concrete afspraken gemaakt, bijvoorbeeld over het percentage zorgaanbieders per sector dat data ontsluit naar PGO's en het aantal Zorginformatiebouwstenen (Zibs) dat over de lijn gaat en het aantal PGO-gebruikers dat deze data (succesvol) opvraagt. Voor gegevensuitwisselingen op de meerjarenagenda van de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) geldt dat hieraan, na het in werking treden van de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) door alle betrokken zorgaanbieders moet worden voldaan.

Met Stichting MedMij zijn afspraken gemaakt om van deze kwantitatieve data maandelijks een rapportage aan te leveren, zodat de gemaakte en nog te maken afspraken kunnen worden gemonitord.

Kwalitatieve data geven inzicht in de mate van tevredenheid van gebruikers en het ervaren nut en gebruiksgemak. Hiervoor worden (samen met PGO on Air en de Patiëntenfederatie) data verzameld m.b.v. gebruikerspanels.