Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

Vergaderjaar 2021–2022

27 529 Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg

P

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 december 2021

Als we spreken over goede zorg zal een ieder daar, vanuit zijn of haar eigen ervaring met de zorg als patiënt of cliënt, een beeld bij hebben. Gemeenschappelijk in dat beeld is de waardering voor het handelen van de zorgverlener. Om onze zorgverleners in staat te stellen om die goede zorg te kunnen leveren, moeten zij op het juiste moment kunnen beschikken over de juiste informatie op de juiste plek.

Wanneer een patiënt ontslagen wordt uit het ziekenhuis en naar huis mag dan kan de thuiszorg ingeschakeld worden om de patiënt thuis verder te verzorgen. In dat geval moet het ziekenhuis ook een deel van het medisch dossier overdragen aan de thuiszorgmedewerker. Daarin staan o.a. de meest recente diagnoses, en welke zorg de patiënt nu nog nodig heeft. De huisarts van de patiënt moet de informatie uit het ziekenhuis ook ontvangen, die ontvangt informatie over de specialistische consulten die de patiënt in het ziekenhuis heeft gehad, zoals die van een fysiotherapeut, diëtist en de apotheker.

Om goede zorg te kunnen verlenen moeten medische gegevens dus eenvoudig, snel en veilig overgedragen worden van de ene naar de andere zorgverlener. Deze zorgverleners moeten elkaar op landelijk niveau kunnen vinden; een patiënt kan voor specialistische zorg immers ook in een ziekenhuis ver van huis opgenomen moeten worden. In dit voorbeeld betekent het dat het ziekenhuis misschien wel in Leiden staat, terwijl de patiënt in Kerkrade woont en haar thuiszorg, huisarts en ook apotheker alleen binnen de regio Limburg gegevens kunnen uitwisselen. Voor het leveren van goede zorg is het dus ook nodig om bestaande infrastructuren op elkaar aan te sluiten zodat door heel Nederland de benodigde informatie kan worden uitgewisseld.

kst-27529-P
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2021

De signalen uit het zorgveld zijn luid en duidelijk: landelijke elektronische uitwisseling van gegevens moet de nieuwe standaard worden in ons zorglandschap. Zorgdata moet op een eenvoudige en op een veilige wijze beschikbaar zijn voor zowel de zorgverlener als de burger op wie de informatie betrekking heeft. Om deze ambitie te kunnen realiseren, zijn vergaande afspraken nodig met welke taal er uitgewisseld wordt en hoe er uitgewisseld wordt. Met het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) wordt voor bij AMvB aangewezen specifieke gegevensuitwisselingen elektronische gegevensuitwisseling verplicht (Kamerstuk II 35 824, nrs. 1 tot en met 4).

Voornoemd wetsvoorstel kan in de praktijk alleen goed werken wanneer ook de rest van het informatielandschap in de zorg op orde is. In lijn met versterking van meer publieke regie, en daartoe onder meer opgeroepen met de moties Van den Berg/Kerstens (Kamerstuk II 27 529, nr. 222 en nr. 223), ga ik steviger sturen op een landelijk dekkend netwerk van infrastructuren, generieke functies en aanpalende ICT-voorzieningen. Gezien de demissionaire status van het kabinet doe ik dit binnen de bestaande financiële- en beleidskaders. Zoals toegezegd in mijn brief van oktober jl. (Kamerstuk II 27 529, nr. 268), informeer ik met dit schrijven over de beweging die ik de afgelopen maanden heb ingezet. Zodat de huisarts, thuiszorger en apotheker in Kerkrade en de specialist in Leiden straks zo eenvoudig en snel mogelijk de benodigde informatie met elkaar uit kunnen wisselen en de patiënt inzicht en zeggenschap heeft over deze informatie.

Ik ga in deze brief eerst in op de achtergrondproblematiek en veranderingen in de zorg die de noodzaak van verdere ontwikkeling van een landelijk dekkend netwerk van infrastructuren in de zorg onderstrepen. De focus ligt hierbij op de invulling en het gebruik van zogeheten generieke functies zoals toestemming, autorisatie, identificatie en authenticatie. De invulling van deze functies zijn randvoorwaardelijk voor landelijke gegevensuitwisseling. In het tweede deel van de brief beschrijf ik hoe ik toewerk naar landelijke, structurele oplossingen waar data zo eenvoudig, toegankelijk en veilig mogelijk kan stromen tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en cliënten of patiënten. Dat vergt een zorgvuldige en transparante afweging. Zoals toegezegd aan de Tweede Kamer in reactie op de moties van Tweede Kamerleden Van den Berg/Kerstens (Kamerstukken II 27 529, nr. 222 en nr. 223) ontwikkel ik een afwegingskader om overheidssturing op de lange termijn vorm te geven. Tegelijkertijd is snelheid geboden om bestaande knelpunten op korte termijn op te lossen. De komende maanden zet ik om die reden in op oplossingen die op korte termijn implementeerbaar zijn of bestendig ik wat er al wordt gebruikt. Hiermee heb ik uitvoering gegeven aan de motie Van den Berg/Kerstens (Kamerstuk II 27 529, nr. 222).

Lokale systemen en de beweging naar netwerkzorg

Nut en noodzaak van het digitaal uitwisselen van zorginformatie wordt breed gedeeld. Met de Versnellingsprogramma's Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP), de focusprogramma's geïnitieerd door het Informatieberaad Zorg, de taskforce Samen Vooruit en talrijke lokale en regionale initiatieven merken zorgprofessionals, cliënten en patiënten steeds meer van digitalisering. Tegelijkertijd blijkt dat er meer nodig is om tot succesvolle implementatie van deze programma's en initiatieven te komen. Zoals ik ook in mijn recente brief beschreef (Kamerstuk II 27 529, nr. 268), is een van de gemene delers een gebrek aan een landelijk dekkend netwerk van infrastructuren, generieke functies en aanpalende voorzieningen waarmee stabiele en vertrouwelijke zorginformatie uitwisseling kan worden bestendigd.

Elektronische gegevensuitwisseling in Nederland is nog steeds in grote mate lokaal of regionaal geregeld. Zorginstellingen zijn verantwoordelijk voor de eigen inkoop van ICT-middelen. Daarin staat de eigen informatiebehoefte logischerwijs op de eerste plaats. Met als gevolg dat vrijwel elke zorginstelling over een uniek ICT-landschap beschikt, waardoor systemen niet automatisch met elkaar kunnen communiceren. Of anders gezegd: de samenhang ontbreekt. Gelukkig kan ik constateren dat zorginstellingen in toenemende mate samenwerken en dit zijn vruchten begint af te werpen. Zo biedt GERRIT – de Regionale Samenwerkingsorganisatie van Groningen, Friesland en Drenthe – onder meer expertise en diensten op het gebied van informatiebeveiliging. Denk daarbij aan een beveiligd zorgnetwerk zodat zorgverleners berichten, beelden en documenten met elkaar kunnen uitwisselen.

Aanvullend daarop hebben we in Nederland bewust geen publieke allesomvattende ICT-infrastructuur die alle verschillende systemen aan elkaar koppelt. Dit is in lijn met de wens van de Kamer om voor specifieke zorgprocessen geen verplichte landelijke infrastructuur voor gegevensuitwisseling in de zorg te gebruiken. Er zijn echter wel verschillende infrastructuren en voorzieningen die op landelijke schaal gebruikt worden om informatie uit te wisselen vanuit het veld zelf. Denk daarbij aan het Landelijk Schakelpunt (LSP) waar het grootste deel van apotheken, huisartsen, huisartsenposten en ziekenhuizen op is aangesloten. Of Zorgdomein, waar jaarlijks meer dan 14 miljoen verwijzingen digitaal plaatsvinden. Hiernaast zijn er landelijke voorzieningen onder mijn verantwoordelijkheid tot stand gebracht, zoals het donorregister en de UZI-pas voor identificatie en authenticatie van zorgverleners.

Daarnaast lopen we aan tegen de inrichting van ons zorgstelsel, waarin verschillende domeinen – van huisartsenzorg tot publieke gezondheidszorg – in beginsel van elkaar verschillen. Dat geldt evengoed voor de ICT-landschappen die deze zorgdomeinen ondersteunen. Naast de verschillen in ICT-systemen en -leveranciers, werken de verschillende sectoren ook met hun eigen taal en methodieken. Er is vaak een vertaalslag nodig, voordat informatie uit het ene domein bruikbaar is in het andere domein. Dit knelpunt wordt steeds nijpender omdat we toe bewegen naar netwerkzorg, waarin verschillende zorgorganisaties een deel van de zorg op zich nemen. Patiënten en cliënten krijgen in toenemende mate te maken met een veelheid aan verschillende organisaties, zoals thuiszorg, fysiotherapeut, huisarts en de gemeente. Zorg gaat hierdoor over veel verschillende schijven en de ene aanbieder heeft meer en soms ook andere gegevens nodig dan de andere aanbieder. Complicerende factor is dat zorginformatie van één patiënt of cliënt in toenemende mate is versnipperd over de verschillende organisaties die zorg leveren. Deze informatie reist veelal niet automatisch mee met de cliënt of patiënt.

Vanwege deze versnippering beschikt de burger zelf ook niet over alle gegevens op één plek. Met persoonlijke gezondheidsomgevingen (pgo's) waarin iedere Nederlander zijn of haar gezondheidsgegevens veilig kan beheren, wordt dat stapsgewijs mogelijk. Het zal nog de nodige inspanning vergen voordat alle sectoren in de zorg zijn aangesloten.

Landelijke en zorgbrede oplossingen

Een landelijk dekkend netwerk van infrastructuren is een samenhangend nationaal stelsel van (afspraken over) infrastructuren waar de ICT-systemen van individuele zorginstellingen op aangesloten zijn. Dit netwerk maakt het op technisch niveau mogelijk dat de juiste informatie op de juiste plek op het juiste moment kan worden geleverd zodat

patiënten en cliënten de juiste zorg krijgen[1]. Een voorbeeld van een infrastructuur is XDS, wat voortkomt uit het internationale initiatief Integrating the Healthcare Enterprise (IHE). Hierbij worden, in samenwerking met softwareleveranciers en zorgverleners, profielen ontwikkeld waarin nauwkeurig is beschreven hoe een bepaald zorgproces en de daarbij benodigde gegevensuitwisseling digitaal kan worden ondersteund. Zo kan het delen en ontvangen van medische beelden zoals röntgenfoto's tussen alle zorginstellingen mogelijk gemaakt worden.

De Nederlandse zorg kent een veelheid aan verschillende lokale, regionale en enkele landelijke ICT-infrastructuren en -systemen, dat is de uitgangssituatie waar iedereen in het zorgveld mee te maken heeft. Om ICT-systemen vervolgens aan elkaar te koppelen zodat informatie op een betrouwbare manier uitgewisseld kan worden, zijn zoals hierboven beschreven meerdere generieke functies nodig. Zo moeten zorginstellingen ervoor zorgen dat onbevoegden niet zomaar toegang krijgen tot zorginformatie. Een hulpverlener kan pas gegevens gaan delen, zodra de hulpverlener erop kan vertrouwen dat hij of zij met diegene uitwisselt waarmee hij of zij denkt uit te wisselen.

Een generieke functie is in te vullen op basis van een set van afspraken, protocollen, of open – en waar mogelijk internationale – standaarden. Deze afspraken kunnen bijvoorbeeld in een norm worden vastgelegd. Een generieke functie kan met een voorziening worden vormgegeven. Vanwege de verscheidenheid aan ICT-systemen in de zorg, is het belangrijk dat generieke functies op een infrastructuuronafhankelijke wijze worden ingevuld. Dit maakt het mogelijk dat zorgverleners gemakkelijker informatie kunnen delen en de patiënt of cliënt erop kan vertrouwen dat zijn gegevens in goede handen zijn.

Het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Kamerstuk II 35 824, nrs. 1 tot en met 4) heeft als uitgangspunt dat er geen verplichting voor specifieke infrastructuren ontstaat ten aanzien van elektronische gegevensuitwisseling. Er wordt onder het wetsvoorstel zodoende geen specifieke, centrale ICT-infrastructuur of -voorziening aangewezen voor de uitwisseling van gegevens. Tegelijkertijd constateer ik dat de huidige infrastructuren en aanpalende voorzieningen voor generieke functies onvoldoende zijn om bij te dragen aan maximale interoperabiliteit. Neem ter illustratie hoe gefragmenteerd toestemmingen nu geregistreerd worden, waardoor burgers steeds bij zorgaanbieders afzonderlijk toestemming moeten geven voor zelfde soort gegevens. Dat maakt het tijdrovend en maakt het onoverzichtelijk voor cliënten en patiënten. Zowel in een standaard voor de werkwijze als in een praktische uitwerking daarvan. Een meer gerichte aanpak van het kabinet is nodig, te beginnen bij het tot stand brengen en het daadwerkelijk gebruik van oplossingen voor generieke functies, zoals gemeenschappelijke voorzieningen.

Het Informatieberaad Zorg heeft samen met andere partijen uit het veld mij geadviseerd[2] op welke onderdelen de meest nijpende behoefte is aan generieke functies en de benodigde afspraken, standaarden en ICT-voorzieningen die hier invulling aan geven. Deze komen overeen met de problemen waar de VIPP-regelingen in de uitvoering van de programma's tegenaan lopen. In lijn met het advies van het Informatieberaad Zorg, geef ik prioriteit aan de invulling van zes generieke functies.

---

[1] Zie ook interoperabiliteitsmodel van Nictiz: www.nictiz.nl/standaardisatie/interoperabiliteit/.
[2] Zie www.informatieberaadzorg.nl voor verslagen en adviezen van het Informatieberaad Zorg.

Hierbij maak ik onderscheid tussen korte termijnoplossingen die een tijdelijk karakter kunnen hebben, het lange termijnperspectief en de vorm van publieke sturing die nodig is om de functies te realiseren.

Functie	Wat het doet
Identificatie	Vaststellen van identiteit van zorgverlener en cliënt/patiënt
Authenticatie	Vaststellen of de zorgverlener daadwerkelijk is wie hij/zij beweert te zijn
Autorisatie	Toekennen van rechten aan zorgverleners om gegevens in te zien
Toestemming	Toestemming van de patiënt/cliënt voor delen of opvragen van gegevens
Lokalisatie	Vaststellen op welke plek(ken) zich welke gegevens van de patiënt/cliënt bevinden
Adressering	Opvragen van digitaal adres zorginstelling en zorgverlener

Kortetermijnoplossingen

Het heeft mijn voorkeur om te komen tot duurzame, structurele oplossingen die onderdeel gaan uitmaken van het landelijk dekkend stelsel van infrastructuren. De ontwikkeling en een volledige ingebruikname van het afspraken maken over ICT-infrastructuren en voorzieningen is daarentegen niet van de een op de andere dag geregeld. Ik verwacht dat specifieke gegevensuitwisselingen onder het wetsvoorstel op zijn vroegst in 2023 tot stand zijn gekomen[3], maar het wetsvoorstel werpt zijn schaduw al vooruit, waardoor er veel gezamenlijk met het veld tot stand komt. Dit geldt eveneens voor de herziening van de UZI-pas (Kamerstuk II 27 529, nr. 268). Ik zie echter ook dat sommige urgente knelpunten per direct om een oplossing vragen.
Ik schets hieronder de belangrijkste kortetermijnoplossingen op het gebied van generieke functies en de wijze waarop ik regie neem.

Identificatie en authenticatie

Voor veilige toegang in het patiëntendomein, heb ik een routeringsdienst, de ToegangVerleningService (TVS), voor de zorg beschikbaar gemaakt. Daarmee ontzorg ik zorgaanbieders in de ontsluiting van middelen die onder de Wet digitale overheid gaan vallen. Ik neem deze regie, omdat het voor (kleinere) zorgaanbieders ondoenlijk is om alle middelen zelf te ontsluiten.
Daarnaast ben ik een project gestart voor het herzien en toekomstbestendig maken van de UZI-middelen (UZI-pas en certificaat) voor identificatie en authenticatie. Vooruitlopend hierop wil ik ervoor zorgen dat met bestaande authenticatiemiddelen (zoals DigiD) kan worden ingelogd via het UZI-register. Op deze manier kan op korte termijn bijgedragen worden aan het oplossen van knelpunten rondom identificatie- en authenticatie in het zorgveld. Het komende jaar ga ik verschillende toepassingsmogelijkheden (use cases) onderzoeken om brede inzet van veilige en betrouwbare identificatie en authenticatie te versnellen en verbeteren. Mijn voornemen hierbij is om in 2022 pilots uit te voeren.
Hierbij werk ik aan het mogelijk maken van inloggen met erkende middelen en het centraal beschikbaar stellen van attributen vanuit kwaliteitsregisters (zoals het UZI register) ten behoeve van autorisatie.

Toestemmingenregistratie en -voorziening MITZ

Patiëntenverenigingen en zorgkoepels hebben mij verzocht om een toestemmingsvoorziening te realiseren waarin snel inzichtelijk is voor

[3] Over de voortgang van het programma Gegevensuitwisseling in de zorg inclusief de tijdlijnen, wordt in een aparte brief geïnformeerd.

welke gegevens een patiënt of cliënt toestemming heeft gegeven om deze te delen met andere categorieën van zorgverleners. Zoals mijn voorganger eerder al meldde, heeft de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) de toestemmingsvoorziening Mitz ontwikkeld (Kamerstuk II 27 529, nr. 219). Ik zet in op het versnellen van de uitrol door het op korte termijn ondersteunen van Mitz bij de implementatie en gebruik bij medicatieoverdracht en in de spoedzorg. Hiertoe bereid ik een wettelijke grondslag voor om rechtmatig het Burgerservicenummer (BSN) te mogen verwerken en een DigiD-aansluiting voor toestemmingsvoorzieningen zoals Mitz te realiseren (Kamerstuk II 27 529 nr. 268). Dit brengt voor de korte termijn een meer gemeenschappelijke oplossing voor toestemmingsregistratie een stap dichterbij.

Om de laatste knelpunten weg te nemen en tempo te houden, heb ik in de afgelopen periode samen met VZVZ, de verschillende zorgpartijen en ICT-leveranciers een aantal zogenaamde «pressure cookers» georganiseerd om tot werkbare oplossingen te komen. Ik heb goede hoop dat we hiermee op korte termijn de implementatiefase kunnen starten. VZVZ beoogt in de eerste helft van 2022 in twee zorgregio's van start te gaan met de implementatie van Mitz.

Tijdens het notaoverleg over onder meer het medisch zorglandschap en acute zorg op 14 januari jl. is toegezegd werk te maken van de motie Raemakers. Hierin wordt verzocht om te onderzoeken of een campagne helpt om het aantal toestemmingen voor het beschikbaar stellen van de patiëntsamenvatting te verhogen bij gegevensuitwisseling in spoedzorg. De voormalig Minister van Medische Zorg en Sport heeft aangegeven elektronische gegevensuitwisseling bij spoed op andere manieren te willen ondersteunen (Kamerstuk II 27 529, nr. 262). Er komt daarom voorlopig geen campagne om het aantal toestemmingen voor het beschikbaar stellen van de patiëntsamenvatting te verhogen. Zodra de online toestemmingsvoorziening Mitz operationeel is bezie ik nut en noodzaak van een campagne opnieuw en kijk ik naar een eventuele voorlichtingscampagne zoals voorgesteld. Hiermee heb ik uitvoering gegeven aan de motie Raemakers.

Adressering: LRZa en ZorgAB

Voor het uitwisselen van zorginformatie is het van belang dat de betrouwbaarheid en vindbaarheid van zorgadresinformatie is geborgd. Immers is het belangrijk dat verschillende zorgverleners elkaar kunnen vinden en dat opgezocht moet kunnen worden en waar elektronisch heengezonden moeten worden. De voorziening ZORG-AB heeft tot doel in de behoefte aan één betrouwbare en actuele bron met alle gedetailleerde (digitale) adresgegevens van zorgaanbieders en zorgverleners in Nederland te voorzien. Het Zorg-AB wordt door VZVZ beschikbaar gesteld.

Naast het ZORG-AB is het LRZa ook één van de bestaande bronnen en ontsluitingsvoorzieningen en bovendien het bronregister van zorgaanbieders. Het LRZa is een publiek, landelijk en openbaar register van zorgaanbieders dat is ontwikkeld en wordt beheerd door mijn uitvoeringsorganisatie het CIBG. Dit register maakt duidelijk wie, waar, welke zorg verleent.
VZVZ en CIBG werken samen om ervoor te zorgen dat de betrouwbaarheid en vindbaarheid van zorgadresinformatie is geborgd. Dit doen ze door bestaande bronnen en ontsluitingsvoorzieningen van zorgadresinformatie samen te brengen en zo nodig te harmoniseren en synchroniseren in een samenhangend stelsel.

Infrastructuur: koppelen en verbinden

Hoewel mijn focus ligt op generieke functies, onderneem ik ook actie in het koppelen van infrastructuren. Het is belangrijk dat zorgaanbieders die in een regionaal netwerk werken in Groningen ook goed informatie kunnen delen op elektronische wijze met zorgaanbieders in Maastricht. Om tot een betere verbinding te komen zet ik in op het ondersteunen van initiatieven om infrastructuren landelijk dekkend te krijgen en aan te koppelen en aan te sluiten op initiatieven vanuit de Europese Unie (EU).

Systemen openstellen via API's

Om verschillende systemen met elkaar technisch goed te laten communiceren kan er gebruik worden gemaakt van API's. Een API kan gezien worden als een digitale stekkerdoos die applicaties met elkaar verbindt. In de nota naar aanleiding van het verslag van de Wegiz[4] heb ik toegezegd voor het eind van 2021 te informeren over de totstandkoming van een API-strategie.

Op mijn verzoek heeft Nictiz een verkenning uitgevoerd in het veld naar de behoeften rond een API-strategie. Hierop is door het zorgveld positief gereageerd en de bereidheid om hieraan mee te werken is groot. Daarnaast heeft Nictiz een verkenning uitgevoerd naar bestaande (inter)nationale API-strategieën, om te kijken hoe we hiervan kunnen leren voor het Nederlandse zorgsysteem.
Inmiddels is Nictiz gestart met het ontwikkelen van een API-strategie en stelt daarin samen met veldpartijen uit diverse sectoren en leveranciers eisen, kaders en richtlijnen op voor het ontwikkelen en gebruik van API's in de zorg. In 2022 is de eerste versie van API-strategie gereed en zijn de eerste API's opgenomen in de bibliotheek. In zo'n bibliotheek staat een openbaar raadpleegbare beschrijving van de data die beschikbaar gesteld wordt. Vanuit verschillende leveranciers is al bereidheid getoond de API-bibliotheek te gaan vullen. De intentie is dat de onder lopende programma's ontwikkelde API's in de bibliotheek opgenomen gaan worden. Na oplevering van de API-strategie, kan gekeken worden of ik NEN deze laat betrekken bij de uitwerking van NEN-normen onder de Wegiz.

Voorbeeld van het koppelen van infrastructuren: beelduitwisseling

Op het gebied van landelijk dekkende beelduitwisseling heb ik het afgelopen jaar een aantal veldpartijen ondersteund om zogeheten Cross-enterprise Document-Sharing (XDS) netwerken aan elkaar te verbinden. Een groot deel van de ziekenhuizen maakt gebruik van een XDS-infrastructuur, maar waren tot op heden vooral regionaal aan elkaar verbonden. Het doel van de samenwerking is om bestaande XDS-infrastructuren aan elkaar te knopen en zo te komen tot een landelijk netwerk van XDS-infrastructuren. Hierin zijn het afgelopen jaar grote stappen gezet. Al veel zorgaanbieders zijn zo met elkaar verbonden. Ook hier is een goede invulling van generieke functies nodig om snel en veilig uit te kunnen wisselen, zoals toestemming en adressering.

Daarnaast is er een afsprakenstelsel voor beeldbeschikbaarheid in ontwikkeling vanuit het programma Twiin. Dit programma is een initiatief van onder meer de Patiënten Federatie Nederland, Nederlandse Vereniging voor Radiologie, de Federatie Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland. Twiin zorgt er onder andere ervoor dat afspraken worden gemaakt om beelduitwisseling te standaardiseren. Als

[4] Kamerstukken II, 2020–2021 33 824, nr. 6.

eerste stap is afgelopen jaar een uitwisselportaal voor het versturen van beelden en verslagen opgeleverd. Inmiddels zijn alle 74 ziekenhuizen aangesloten en worden maandelijks meer dan 70.000 onderzoeken uitgewisseld.

Zo kunnen radiologiebeelden en -verslagen veilig en snel landelijk worden uitgewisseld zodat de «DVD op de buik» niet meer hoeft en het DVD-gebruik daarmee definitief tot het verleden behoort. In het traject van de geprioriteerde gegevensuitwisseling «Beelduitwisseling» onder de Wegiz, worden er stappen gezet om te komen tot gezamenlijke afspraken over het uitwisselen van radiologiebeelden en bijbehorende verslagen. Zo wordt er bijvoorbeeld in samenwerking met de veldpartijen gewerkt aan een kwaliteitsstandaard hiervoor. Eveneens is een start gemaakt met het opstellen van een NEN-norm om zo tot breedgedragen afspraken te komen om landelijke beelduitwisseling te bestendigen.

Europees uitwisselen via NCPeH

In het Europese eHealth Netwerk wordt gewerkt aan het bevorderen van de grensoverschrijdende interoperabiliteit[5]. Zo moeten burgers in het geval van geplande en ongeplande zorg overal in Europa toegang kunnen krijgen tot hun zorggegevens. Om dit te bewerkstelligen wordt gewerkt aan het opzetten van een Europese infrastructuur – MyHealth@EU – die de uitwisseling van patiëntsamenvattingen (de Europese Patiëntensamenvatting is vergelijkbaar met Basisgegevensset Zorg) en digitale recepten/uitgifte faciliteert.

Om grensoverschrijdende uitwisseling via het MyHealth@EU infrastructuur mogelijk te maken, dienen deelnemende EU-lidstaten een Nationaal Contact Punt voor eHealth (NCPeH) op te zetten dat als een nationaal centraal knooppunt fungeert en in verbinding staat met knooppunten van andere EU-landen. Patiëntsamenvattingen bevatten een vastgestelde set gegevens over bijvoorbeeld de geschiedenis van medische behandelingen, medicatiegebruik en allergieën en zijn daarmee van waarde in het geval van spoed maar ook bruikbaar bij doorverwijzingszorg.
Ik richt mij in eerste instantie op het ontvangen van patiëntsamenvattingen uit EU-lidstaten bij zes Nederlandse ziekenhuizen: het OLVG, het Maastricht UMC+, het Erasmus MC, ZorgSaam, Saxenburgh Groep en het Spaarne Gasthuis. De realisatie van het Nederlandse NCPeH bij het CIBG en de aansluiting op MyHealth@EU zal voor het einde van dit jaar zijn gerealiseerd. Het kunnen verzenden van zorgdata vanuit Nederland naar andere Europese landen zoals de patiëntsamenvattingen volgt op een later, nog te bepalen moment. Mijn streven is dit NCPeH onderdeel te laten zijn van het landelijk dekkend stelsel van infrastructuren.

Lange termijn

Gerichte actie op de korte termijn om de huidige knelpunten op te lossen, is niet voldoende om ervoor te zorgen dat zorgverleners, patiënten en cliënten ook in de toekomst blijven beschikken over de informatie die nodig is voor goede zorg. Met de steeds verdergaande digitalisering van onze samenleving en daarmee van de zorg en de eerder geschetste beweging naar netwerkzorg, kent goede en toegankelijke zorg in toenemende mate een randvoorwaardelijke digitale component. Dat rechtvaardigt meer overheidsoptreden en daarin voel ik me gesteund door het zorgveld. Gezien de verscheidenheid van de zorg, gebruikte ICT-systemen en het type functies die nodig zijn om gegevens van de ene

[5] Zie ook: Kamerstukken II 2020–2021, 27 529, nr. 268.

zorgverlener naar de andere te krijgen, is dat niet vandaag op morgen geregeld. Ook is er geen simpele vorm van overheidssturing mogelijk die alle vraagstukken in één keer oplost. Kortom: een gedifferentieerde lange termijnaanpak per functie is nodig.

De houdbaarheid van de zorg vergt investeringen en innovaties voor de lange termijn. Voor zinvolle investeringen in die innovaties is voorspelbaarheid van het toekomstige landschap nodig. Vanuit mijn rol als stelselverantwoordelijke, mogen zorgpartijen en uw Kamer van mij verwachten dat ik daarin duidelijkheid geef over mijn lange termijndoel en de instrumenten die ik inzet om dat doel te bereiken. Ik zal vaker kiezen voor publieke sturing op het niveau van generieke functies en de daaraan gerelateerde voorzieningen. Daarbij is het uitgangspunt dat in de toekomst alle functies in samenhang bijdragen aan het landelijk uitwisselen van zorggegevens tussen zorginstellingen en vervolgens naar de patiënt of cliënt.

Afwegingskader publieke sturing op generieke functies

Gelet op de demissionaire status laat ik een afwegingskader om de mate en vorm van overheidssturing op generieke functies te bepalen aan een volgend kabinet. Wel heb ik de volgende uitgangspunten opgesteld die aan de basis kunnen staan van een dergelijk afwegingskader:

- *Toegankelijkheid van informatie is leidend:* zorginformatie moet zowel voor de zorgprofessionals als voor de patiënt of cliënt beschikbaar en eenvoudig raadpleegbaar zijn. Een generieke functie moet hier aantoonbaar aan bijdragen.
- *Publiek waar het moet. Privaat waar het kan:* Zorginstellingen zijn logischerwijs niet snel geneigd zelf fors bij te dragen aan een ICT-voorziening waar iedereen vervolgens tegen lage kosten gebruik van kan maken. Dit kan ertoe leiden dat een ziekenhuis niet investeert in een digitale adresseringsmodule voor landelijk gebruik. Daarnaast biedt een geheel privaat stelsel minder garantie op samenhang tussen de verschillende infrastructuren. Daar waar de markt niet werkt en de nadelen van het huidige stelsel groter zijn dan de voordelen, heeft de overheid een taak te vervullen. Dat kan ook betekenen het publiek vaststellen van landelijke afspraken.
- *Subsidiariteitsprincipe:* Mijn focus voor publieke sturing ligt op regio- of domeinoverstijgende zorg. Want gelukkig hoeven lang niet alle gegevens een ingewikkelde weg af te leggen naar de zorgverlener. Daar waar gegevens lokaal, regionaal of binnen het eigen zorgdomein blijven, bied ik alleen ondersteuning daar waar dat echt nodig is.
- *Informatieveiligheid:* gegevens van en over een patiënt of cliënt zijn zeer vertrouwelijk. Het is een publiek belang om een goede bescherming en beveiliging te borgen. Deze verantwoordelijkheid ligt in eerste instantie bij de zorginstellingen zelf. Het is echter goed denkbaar dat ik op onderdelen aanvullende eisen stel, zodat mensen erop kunnen vertrouwen dat hun informatie alleen beschikbaar is voor de zorgverleners die de gegevens nodig hebben om goede zorg te kunnen leveren.
- *Effect op administratieve lasten:* de ingebruikname van een generieke functie moet zoveel mogelijk leiden tot een vermindering van administratieve lasten voor zorgverleners en waar mogelijk ook voor de patiënt of cliënt. Dit moet vooraf inzichtelijk worden gemaakt.
- *Tot slot: een functie is ondersteunend aan lopende en toekomstige VIPP-regelingen, focusprogramma's en de Meerjarenagenda Wegiz:* de ervaring leert dat verschillende regelingen en programma's gericht op elektronische gegevensuitwisseling in toenemende mate baat hebben bij oplossingen voor generieke functies. Voor de lopende regelingen en programma's gaat het om het invullen van de geprioriteerde functies zoals ik in deze brief heb beschreven. Voor toekomstige

regelingen en programma's vanuit het Ministerie van VWS laat ik vooraf in kaart brengen welke functies en aanpalende voorzieningen nodig zijn om tot succesvolle gegevensuitwisseling te komen.

Vooruitlopend op dit afwegingskader is het zinvol om tot afspraken te komen over de generieke functies als die er nog niet zijn. Daarom heb ik NEN gevraagd een plan van aanpak op te stellen waarin wordt aangegeven wat het zorgveld nodig heeft om tot goede afspraken en goede oplossingen te komen op de prioritaire generieke functies voor de lange termijn. Hierdoor kunnen afspraken over functies in de toekomst zorgbreed gebruikt worden. Want ook wanneer uit afwegingskader volgt dat voor een functie een voorziening wordt gerealiseerd kunnen aanvullende afspraken nodig zijn. Ik wil deze normontwikkeling ook gebruiken om na te gaan hoe bestaande oplossingen nu al ingezet kunnen worden en welke afspraken er nodig zijn om de bestaande oplossingen daadwerkelijk operationeel te krijgen. Er kan per norm worden gekeken in hoeverre deze al dan niet onder de Wegiz een verplichtend karakter krijgt.

Publieke sturing

De keuzes rondom publieke sturing op een digitaal landelijke dekkend netwerk van infrastructuren staan niet op zichzelf. Om meer samenhang in het ICT-landschap van de zorg te brengen, is ook samenhangend beleid nodig. Vanuit mijn stelselverantwoordelijkheid bezie ik in welke situaties en meer normerende, sturende rol nodig is. De meest vergaande variant is om te besluiten bestaande of nieuwe voorzieningen voor gegevensuitwisseling direct onder mijn verantwoordelijkheid te brengen. Er zijn meer opties om te overwegen. In de eerste plaats kan ik door middel van financiële prikkels samenwerking en samenhang in ICT-infrastructuren en -systemen stimuleren. Met de ervaring, kennis en resultaten van de VIPP-regelingen, ligt er een solide basis om op voort te bouwen. In het bijzonder zal ik de mogelijkheden onderzoeken hoe de financiële lasten en baten tussen zorginstellingen- en -domeinen kunnen worden verevend.

Daarnaast kan ik door middel van participatie actief bijdragen aan het tot stand brengen van ontbrekende schakels en landelijke opschaling mogelijk maken. Een voor de hand liggende optie is om zorginstellingen te helpen bij het versterken van hun inkooppositie en onderlinge samenwerking daarin. Tot slot gaat een afwegingskader mij inzicht bieden welke generieke functies noodzakelijk zijn om het gebruik van standaarden, normen en voorzieningen in de praktijk te realiseren, en welke aanvullende instrumenten vanuit de overheid daarvoor nodig zijn.

Slot

Zorgverleners moeten gegevens met elkaar kunnen delen om patiënten en cliënten goede zorg te leveren.
Om de juiste informatie bij zorgverleners en patiënten of cliënten te krijgen, maken we in Nederland gebruik van verschillende ICT-infrastructuren en -systemen en daaraan gerelateerde afspraken, standaarden, normen en voorzieningen. Dat zal ook zo blijven, maar wel meer met elkaar in samenhang en verbinding en waar noodzakelijk, verplichting. Daar waar infrastructuren en systemen dezelfde generieke functies nodig hebben om informatie te kunnen versturen en ontvangen, wil ik zorgbrede, landelijke oplossingen realiseren. Daarop neem ik meer regie en zal ik dit ook in de toekomst blijven doen. Zorginstellingen, ict-leveranciers, koepelverenigingen en natuurlijk zorgprofessionals, patiënten en cliënten zelf zullen hier een betrokkenheid en een verant-

woordelijkheid in hebben en houden. Samen met al deze partijen wil ik tot zichtbare verbeteringen komen waar zowel zorgprofessionals als patiënten en cliënten baat bij hebben.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge