

Vergaderjaar 2000–2001

27 529

Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg

Nr. 2

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 26 maart 2001

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over haar brief van 28 november 2000 ter aanbieding van de Beleidsbrief en Actieplan ICT in de Zorg (27 529 nr. 1).

Deze vragen zijn met de door de minister bij brief van 23 maart 2001 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

Vragen PvdA-fractie

1

Initiatieven en ontwikkelingen op het gebied van ICT in de zorg voltrekken zich op meerdere beleidsterreinen binnen de zorg en ook door verschillende organisaties. Er wordt gesproken over institutionalisering van het ICT Platform in de Zorg (IPZorg). Voorts worden meerdere organisaties, instituten en samenwerkingsverbanden opgericht. De financiële middelen voor de ICT in de zorg zijn voorzien tot het einde van het lopende begrotingsjaar.

Welke mogelijkheden ziet de minister om met ingang van 1 januari te voorzien in deze institutionalisering en hiervoor structureel middelen ter beschikking te stellen, met het doel de ingeslagen weg structureel vorm te geven?

Is de minister van mening dat binnen de huidige organisatorische opzet er voldoende waarborgen zijn voor continuïteit? Zo ja, welke zijn dit?

Graag zet ik u bij de beantwoording van deze kamervragen het doel het komen tot een eenduidige infra- en infostructuur nog eens helder uiteen, evenals de stand van zaken op dit moment.

Aanleiding/probleemstelling

Patiënten en zorgverleners hebben er groot belang bij dat de patiëntgegevens compleet, betrouwbaar en toegankelijk zijn. Dit bespaart veel tijd en voorkomt medische fouten.

Gezien de tekorten op de arbeidsmarkt – en de toenemende en steeds complexere vraag – is het essentieel de werkprocessen door middel van

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Middel (PvdA), Essers (VVD), voorzitter, Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Rouvoet (ChristenUnie), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Gortzak (PvdA), Hermann (GL), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Mosterd (CDA).

Piv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Van Gent (GroenLinks), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Slob (ChristenUnie), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th. A. M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cheribi (VVD), Eurlings (CDA).

de inzet van ICT te optimaliseren opdat met het beschikbare personeel efficiëntere zorg kan worden verleend. Op grond van de onlangs in opdracht van het ministerie van EZ uitgevoerde meso-toets (in het kader van de digitale delta) naar het gebruik van ICT in de Nederlandse gezondheidszorg wordt geconcludeerd dat de Nederlandse overheid meer moet investeren en regisseren in ICT.

Wat willen we bereiken?

Het doel is te komen tot een éénduidige technische infrastructuur en informatiestructuur (verder infostructuur genoemd) voor de hele zorgsector zodat alle zorgverleners uiteindelijk naadloos met elkaar kunnen communiceren via een transmuraal elektronisch patiëntendossier (EPD) en alle andere zorgprocessen (beheer, logistiek, verantwoording) daaraan gekoppeld en gestandaardiseerd kunnen worden afgewikkeld. Als meest effectieve inzet van ICT in de zorg is door het Platform ICT in de Zorg – dat de aanpak van veld en overheden coördineert – gekozen voor de realisatie van een zorgbreed transmuraal EPD. Door de inzet van ICT volgens bovenstaande lijnen kan de kwaliteit en de doelmatigheid van de inzet van schaars personeel in de zorg kan worden verbeterd, terwijl het tevens een grotere transparantie van het zorgproces mogelijk maakt (bv. door het afleiden van wachtlijstinformatie, management informatie en beleidsinformatie).

Wat gaan we daarvoor doen?

Om de plannen te kunnen realiseren wordt uitvoeringscapaciteit op drie onderscheiden fronten opgebouwd en worden een aantal grote projecten uitgevoerd. De infrastructuur: verbindingen en de set van standaarden/afspraken die nodig zijn om het dataverkeer goed en veilig te kunnen afhandelen. Concreet gaat het o.a. om het realiseren van een Zorg Identificatie Nummer (ZIN), opzetten van een Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI) en de realisatie van een zorg-(smart)-card. De infostructuur: de afspraken die nodig zijn om de systemen van de verschillende zorgverleners (bijvoorbeeld huisarts en specialist), zorgverleners en verzekeraars, indicatieorganen en zorgkantoren eenduidig en zinvol met elkaar te laten communiceren. Concreet gaat het hier o.a. om de ontwikkeling van een Referentie Informatie Model (RIM). Dit inclusief de standaarden voor de software en het certificeren daarvan. De zekerheidsstructuur: de beveiliging, privacy, autorisaties, organisatie van het toezicht. Er zal een Trusted Third Party (TTP) worden opgericht om de feitelijke autorisatie voor informatie uitwisseling te regelen.

Daarvoor worden in 2001 de reeds vanuit de Kaderbriefmiddelen beschikbaar gestelde extra ICT-middelen benut (2 maal f 110 mln; 2000 en 2001). Het gaat o.a. hierbij om inmiddels gestarte projecten:

- randvoorwaardelijke activiteiten (ontwikkelen van TTP, ZIN, UZI, verwijzindex, certificatie, autorisatieprofielen en protocollen etc.)
- standaardisatieactiviteiten (aanpassing ICPC, vertaling Europese prenorm RIM, vertaling ICD 10, stroomlijning standaardisatiestructuur, etc.)
- zorgpas Eemland (lopend)
- indicatiestelling/wachtlijstregistraties (lopend AWBZ)
- herstructurering HIS'en (huisartseninformatiesystemen) (lopend)
- Deze projecten vragen in het algemeen om een uitloop in 2002. Van de randvoorwaardelijke activiteiten kunnen er een aantal in 2001 worden afgerond.

In de loop van 2001 en verder in 2002 zullen nieuwe proefprojecten starten. Alle projecten worden begeleid en ondersteund door de opge-

bouwde uitvoeringscapaciteit om een optimaal effect te bereiken. De projecten fungeren als proeftuinen waarin ontwikkelde concepten in de praktijk kunnen worden uitgetest en op basis van de ervaringen verder kunnen worden verbeterd. Dit alles ter voorbereiding op de beoogde landelijke invoering in een later stadium. De nieuw te starten projecten, waar heel veel belangstelling voor is, zullen primair geselecteerd worden op hun betekenis voor de beoogde landelijke uitrol en zullen zodanig gekozen worden dat zij gezamenlijk de zorg breed bestrijken. Het gaat om projecten in zowel de cure (ziekenhuizen, huisartsen, paramedici, apothekers, ambulances), de care (verpleeghuizen, thuiszorg, gehandicaptenzorg) als de geestelijke gezondheidszorg. In de loop van 2001 zal een meer definitieve selectie van de projecten/proeftuinen plaatsvinden. De activiteiten binnen VWS zullen in een project worden gebundeld. In de loop van 2002 zal onder verantwoordelijkheid van het Platform ICT in de zorg op basis van de ontwikkelde concepten en van de opgedane ervaringen een plan worden ontwikkeld hoe de eenduidige infrastructuur zorgbreed kan worden ingevoerd. Onderdeel van deze invoering is ook de organisatorische inbedding van activiteiten. Deze zal zo worden gekozen dat ook de continuïteit van de implementatie gewaarborgd is. Zoals aangekondigd in de Beleidsbrief en Actieplan in de Zorg zal ik u eind 2001 nader over de voortgang informeren.

Wat gaat het kosten?

De kosten op macroniveau van de landelijke invoering van het EPD (voorzien vanaf 2003) zullen volgen uit een grootschalig onderzoek. Op weg daarnaar toe dienen de lopende projecten en de opbouw van de uitvoeringscapaciteit ook in 2002 te worden voortgezet.

2

In de beleidsbrief en het actieplan worden niet alle projecten en de voortgang daarvan genoemd. Ook in de Zorgnota worden projecten soms bij het beleidsterrein besproken (huisartsen), andere bij het hoofdstuk ICT. Welke argumenten liggen hieraan ten grondslag?

Deelt de minister onze wens om alle ICT-projecten en ontwikkelingen in één overlegcyclus met de Tweede Kamer te bespreken, mede om de samenhang te benadrukken en te kunnen aansturen? Zo neen, waarom niet? Zo ja, op welke wijze kan hier invulling aan worden gegeven?

Met de Beleidsbrief ICT en Actieplan in de Zorg is een kader aangegeven zoals beschreven in antwoord 1. Dit kader is de leidraad voor alle specifieke ICT-projecten en toepassingen. Ik deel uw wens om de ICT-projecten die daaraan een bijdrage leveren in één overlegcyclus met u te bespreken. Zoals toegezegd zal ik u eind 2001 over de voortgang rapporteren. Zie ook vraag 40.

3

Kan de stand van zaken (voortgang uitvoering, wijze van financiering, verantwoordelijken) worden gegeven van de volgende ICT-projecten en ontwikkelingen en tevens hierbij aan te geven op welke wijze het IPZorg en het ministerie van VWS hierbij betrokken zijn?

- Huisartseninformatiesystemen
- ICT en registratie verloskundigen
- Elektronische visitatieformulieren
- Ziekenhuizen en het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS)
- Informatievoorziening paramedici
- De portal-site gezondheidszorg en de ontwikkelingen van keurmerken voor internetsites
- De ontwikkelingen op het gebied van Telemedicine
- Project Loket Zorg & Welzijn
- het EVS voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Het IPZorg richt zich op een landelijk werkende ICT-infrastructuur en daarbinnen op de invoering van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Projecten die daaraan rechtstreeks bijdragen worden inhoudelijk getoetst aan de binnen het IPZorg geformuleerde doelen en uitgangspunten en gefinancierd door de overheid. Andere projecten kennen rechtstreeks een betrokkenheid van VWS.

Zie voor de voortgang van de projecten de tekst na de tabel.

Project	Financiering	Verantwoordelijk	Rol IPZorg	Rol VWS
Huisartsinformatiesystemen	VWS	Zie bij voortgang	Wordt geïnformeerd	Subsidierelatie Via CTG; en subsidierelatie
ICT en registratie verloskundigen	VWS	Zie bij voortgang	Geen	
Elektronische visitatieformulieren	Zie toelichting			
Ziekenhuizen en EVS	Zie toelichting			
Informatievoorziening paramedici	CVZ	CVZ	Geen	Deelnemer stuurgroep
De portal-site	VWS	VWS	Geen	Trekker
Telemedicines	VWS (deel)	EPN/HMF	Geen	Subsidierelatie
Project Loket Zorg & Welzijn	NAP/VWS	VWS	Geen	Trekker
EVS voor de GGZ	VWS	Trimbos	Geen	Subsidierelatie

Huisarts informatiesystemen

Ik financier een drietal onderzoeken die verband houden met de huisartsinformatiesystemen.

- Een haalbaarheidsonderzoek naar een publiek KernHIS waarvoor NedHIS – de federatie van verenigingen van HIS gebruikers – mij om steun heeft gevraagd.
- Een evaluatieonderzoek naar de effecten van het zogenaamde WCIA referentiemodel voor huisartsinformatiesystemen.
- Een onderzoek om na te gaan hoe de impasse die is ontstaan in de huisartsinformatiesystemenmarkt kan worden doorbroken.

De eerste twee onderzoeken naderen hun voltooiing en de resultaten worden op 20 maart a.s. tijdens een symposium gepresenteerd. Het laatste onderzoek, waarvoor ook ZN en de LHV opdrachtgever zijn, heeft inmiddels geleid tot enkele aanbevelingen die ook aan het IPZorg zijn voorgelegd. Op basis hiervan zullen met ZN en LHV afspraken gemaakt worden over de verder aanpak.

ICT en registratie verloskundigen

Vanaf 2001 is er f 4 miljoen per jaar beschikbaar voor automatisering in de praktijken. Hierover zijn afspraken gemaakt in CTG verband en is een beleidsregel vastgesteld.

Daarnaast is vanaf 1 januari 2001 f 2 miljoen beschikbaar voor de opzet en uitbouw van een systeem van onderling samenhangende verloskundige registraties. Hieraan nemen deel de KNOV, LHV, NVOG en NVK.

Elektronische visitatieformulieren

Visitatie is een van de onderdelen van de vormgeving van het kwaliteitsbeleid voor medisch specialisten. Een sub-onderdeel daarvan is het ontwerpen van elektronische visitatieformulieren. De Orde en wetenschappelijke verenigingen trekken dit. Visitatie wordt gefinancierd uit de middelen die structureel voor het kwaliteitsbeleid beschikbaar zijn gesteld.

Ziekenhuizen en EVS

Op verzoek van VWS wordt door de Orde een plan van aanpak opgesteld voor de invoering van EVS bij medisch specialisten. Ik heb hiervoor middelen gereserveerd. IPZorg is in dit stadium nog niet betrokken.

Informatievoorziening paramedici

Op verzoek van VWS heeft het CVZ het NIVEL opdracht gegeven een systeem van peilstations in te richten waarmee gegevens over de paramedische zorg voor de beleidsvorming op landelijk niveau kunnen worden verzameld. Het betreft hier de fysiotherapie, de oefentherapie Cesar en de oefentherapie Mensendieck.

Aan het project nemen deel de KNGF, de VBC, de NVOM, ZN, het KPZ en VWS.

Inmiddels is door de deelnemende partijen, het CVZ als opdrachtgever en het NIVEL als uitvoerder een overeenkomst gesloten ter bescherming van de privacy van patiënten en deelnemende praktijken. Het project bevindt zich in de fase van ontwikkeling van de vragenlijst en ontwikkeling en testen van programmatuur om de gegevens geautomatiseerd uit de VEKTIS-registratie van de deelnemende praktijken te kunnen halen.

Op verzoek van VWS subsidieert het CVZ tevens de ontwikkeling door Prismant van de Landelijke Logopedische Registratie die tot doel heeft de verzameling van gegevens over de logopedische zorg voor de beleidsvorming op landelijk niveau en het genereren van spiegel-informatie voor individuele logopedisten op regionaal en lokaal niveau.

Aan het project nemen deel de NVLF, ZN en VWS.

Het project bevindt zich in de fase van de ontwikkeling van het informatie-model, de ontwikkeling van de vragenlijst en de ontwikkeling van de benodigde programmatuur voor geautomatiseerde gegevensverwerking.

De portal-site

Zoals bij de behandeling van de VWS-begroting eind 2000 is toegezegd ben ik in overleg met partijen over de vorm van samenwerking. Binnenkort zal ik u over de uitkomsten daarvan informeren.

Telemedicine

Het Platform Telemedicine dat ik voor een deel subsidieer is onlangs gestart. Voor mijn aanpak van telemedicine verwijs ik naar antwoord 21.

Loket Zorg & Welzijn

In het Overheidsloket 2000 – project «loket zorg en welzijn» (looptijd t/m 2002) worden voorbeeldloketten ontwikkeld vanuit de vraagpatronen van burgers op 12 als zodanig geïdentificeerde «life events». Zestig gemeenten/organisaties zijn bezig met een «fysiek» loket op dit gebied; tien gemeenten ontwikkelen een elektronisch loket en twintig landelijke organisaties werken anderszins mee (b.v. informatieverstrekking). De aantallen groeien nog. Een elektronisch kennissysteem voor projectleiders, loketmedewerkers en andere betrokkenen is in ontwikkeling. Actuele speerpunten zijn: de voorbereiding van een op doelgroepen gerichte communicatie- en publiciteitscampagne en de ontwikkeling van een geïntegreerd beleid gericht op een nieuwe taakverdeling en samenwerking tussen RIO's enerzijds en zorg- en welzijnsloketten anderzijds. De VNG werkt hieraan mee. Zie ook www.ol2000.nl

EVS voor de GGZ

Aan het Trimbosinstituut en enkele veldorganisaties is projectsubsidie verleend voor de ontwikkeling en toetsing van een algemeen beslissingsondersteunend kennissysteem voor de ggz. Het gaat om een pilot die inzicht moet bieden in de inhoudelijke en operationele haalbaarheid daarvan. De pilot loopt begin 2002 af.

Meer specifiek is in verschillend kader aandacht voor de beslissings-

ondersteuning bij het voorschrijven van geneesmiddelen in de ggz en wordt de daarvoor noodzakelijke informatie verzameld. Dat gebeurt in de proeftuinen geneesmiddelen en ggz; deze zijn in september 2000 met subsidie van VWS gestart en lopen door tot eind 2002. Daarnaast geeft GGZ Nederland -eveneens met ondersteuning van VWS- uitvoering aan een verbeterplan geneesmiddelen en ggz. Vrijgevestigd psychiaters tenslotte zijn verantwoordelijk voor een kwaliteitsproject zoals dat is afgesproken in de meerjarenafspraken. Afstemming tussen deze projecten vindt plaats in een stuurgroep, waarin aanbieders, verzekeraars en beroepsgroepen samenwerken. VWS is daar als waarnemer bij betrokken.

4

Op grond van welke argumenten is de minister van mening dat efficiënte aanbieders in de zorg zich niet van hun concurrenten kunnen onderscheiden, zoals in het bedrijfsleven? (blz. 8)

De voornaamste reden hiervoor is dat patiënten nog weinig keuzemogelijkheden hebben en dat voor hen niet duidelijk is welke beroepsbeoefenaren een EPD of beslissingsondersteunende software gebruiken, waaraan de laatste standaarden voor de meest effectieve behandeling zijn gekoppeld. Met de verschuiving van aanbodgestuurde naar vraaggerichte zorg valt te verwachten dat ook dit soort zaken bij de keuze van patiënten aan de orde zullen komen en dat bij een grotere transparantie op dit terrein de verschillende beroepsbeoefenaren zich ook toenemend zullen willen onderscheiden.

5

Volgens de Europese Commissie dient er door ICT-aanbieders meer samengewerkt te worden en dient de ambitie aan de vraagzijde te worden verhoogd.

Op welke wijze geeft de minister concrete invulling aan deze aanbevelingen? Is de minister van mening dat het huidig ambitieniveau reeds verhoogd is? Zo neen, welke mogelijkheden ziet de minister om deze ambities te verhogen? (blz. 8)

Het project VIZI (Virtuele Integratie van ZorgInformatie) van de Orde, NVZ en LHV heeft als één van de geformuleerde doelstellingen het tegengaan van de versnippering aan de vraagzijde. Dat streven wordt vorm gegeven door te komen met eenduidige specificaties waarmee de aanbieders van ICT benaderd kunnen worden. Dat is één van de belangrijke redenen waarom ik het project VIZI financieel steun. In IPZorg verband is de wens uitgesproken om het ambitieniveau van VIZI te vergroten en zo mogelijk het gehele zorgveld te gaan bestrijken. De consequenties van de vergroting van de ambitie – ook wel VIZI+ genoemd – worden nu onderzocht. De ICT-aanbieders hebben zich verenigd in het OIZ (Organisatie van ICT-leveranciers in de Zorg) en zijn een belangrijke gesprekspartner voor het IPZorg. Ik heb ook opdracht gegeven om na te gaan waarom de grote ICT aanbieders weinig interesse tonen in de gezondheidszorg, en zoals ik al meldde in het antwoord op vraag 3 betreffende de huisarts informatiesystemen, stimuleer ik concreet het doorbreken van de ontstane impasse.

6

Hoe is gezien de structurele samenwerking met de Stichting Nederlands Normalisatie Instituut (NEN), de toegevoegde waarde van een aparte stichting (CISZ) die zich bezig houdt met standaardisatie naast het NEN? Zijn er mogelijkheden deze taken geheel over te dragen aan het NEN? Zo neen, waarom niet? (blz. 11)

Op het gebied van standaardisatie heb ik afgelopen jaren aangedrongen op nauwere samenwerking tussen NEN en CISZ. Dit heeft in 2000 geleid

tot één loket en een gezamenlijke beleidscommissie ENIGMA. Hierin zijn zorgaanbieders, instellingen, verzekeraars patiënten, bedrijfsleven, het College voor Zorgverzekeringen en VWS onder leiding van een onafhankelijk voorzitter vertegenwoordigd. De standaardisatie op het gebied van informatievoorziening in de zorg is echter nog teveel versnipperd. Mij staat voor ogen hiervoor een organisatie op te richten. Welke vorm deze organisatie moet krijgen en welke functionaliteiten hier onder dienen te vallen is momenteel onderwerp van nader onderzoek. Rond de zomer moet, in overleg met bestaande partijen, de gewenste richting duidelijk zijn.

7

Een nieuw te vormen instituut gaat werken aan de certificering van infrastructuur-componenten. Op welke wijze, welke termijn en met welke middelen wordt dit instituut opgericht? (blz. 14)

Ik ben voornemens mee te werken aan de oprichting van een ICT-instituut ter ondersteuning van de invoering van de IPZorg aanbevelingen en overheidsbesluiten. Dit Nationaal ICT Instituut voor de Zorg, met als werknaam NICTIZ, is vooral een uitvoerende organisatie, die ondersteuning biedt bij het implementeren van ICT toepassingen in de zorg. Het sluit aan bij de activiteiten van de Zorgpasgroep (ZPG) en VIZI die in feite de voorbode van het NICTIZ zijn.

Vanuit ZPG dienen criteria voor certificering van infrastructuur-componenten te komen, zoals uit het VIZI-traject criteria voor certificering van inhoudelijke aspecten van elektronische dossiers. De uiteindelijke certificering kan geschieden door bestaande certificeringinstanties. Hiervoor is geen nieuw instituut voorzien.

Eind 2001 zal ik u over de definitieve uitwerking nader informeren.

8

Gezien de eigen verantwoordelijkheden van de actoren binnen de zorg, zal niet ieder ICT-project noodzakelijkerwijs via IPZorg hoeven te lopen, dan wel een aanspraak op subsidie hoeven te maken bij het ministerie. Toch kan standaardisatie van ook deze projecten van belang zijn voor de werking van de totale ICT binnen de zorg. Op welke wijze kan de minister dergelijke ICT-projecten «dwingen» gebruik te maken van gecertificeerde software en hardware? Biedt de Kwaliteitswet hier mogelijkheden toe? Is de minister bereid hier het veld van op de hoogte te stellen, teneinde toetsing van alle ICT-investering mogelijk te maken? (blz. 15)

Het gebruik van gecertificeerde software en hardware maakt een wezenlijk onderdeel uit van de afspraken die gemaakt zijn in de intentieverklaring van het ICT Platform in de Zorg om te komen tot een veilige en betrouwbare infrastructuur voor het Elektronisch Patiënt Dossier. Alle platformleden leveren hun bijdrage aan het informeren en overreden van partijen in het veld.

Het «afdwingen» van het gebruik van gecertificeerde soft- en hardware kan worden geregeld middels financieringsvoorwaarden. Een vergelijk met de bouwvoorschriften dringt zich op, er wordt immers geen operatiekamer opgeleverd die niet voldoet aan de vastgestelde criteria. Ook de Kwaliteitswet biedt – uit hoofde van het artikel over verantwoorde zorg – mogelijkheden om hierop aan te sturen.

9

Wat is de rol van de RIO's bij de opzet van het landelijk uniform registratiesysteem?

De uniforme AWBZ brede zorgregistratie is er op gericht om zowel regionaal als landelijk een betrouwbaar beeld te presenteren van de vraag naar

zorg, het aanbod van zorg en de mogelijke discrepanties tussen vraag en aanbod. De rol van de RIO's is van essentieel belang bij het in beeld brengen van de vraag. In de opzet van de AWBZ brede zorgregistratie leveren de RIO's hun gegevens aan het zorgkantoor. De zorgkantoren, die verantwoordelijk zijn voor de zorgregistratie ontvangen vervolgens van de zorgaanbieders de gegevens over de zorgrealisatie. Een vergelijking van de gegevens maakt mogelijke discrepanties zichtbaar. Over het onderlinge gegevensverkeer tussen genoemde partijen zijn formele afspraken gemaakt.

10

Is de minister van mening dat de overzichtelijkheid vergroot wordt door het vormen van de in de beleidsbrief genoemde vier instituten? Is er een mogelijkheid tot de vorming van één, rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van de minister vallend, instituut waarin al deze genoemde projecten worden samengevoegd?

Ik werk mee aan de vorming van één instituut, het ICT-instituut (zie antwoord 7). Ik maak daarop alleen een uitzondering voor het terrein van standaardisatie, waarvoor ik vooralsnog een afzonderlijke organisatie voorzie (zie vraag 6). Ik ga er op voorhand vanuit dat deze instituten voor en door het veld zullen worden en daarmee niet rechtstreeks onder ministeriële verantwoordelijkheid vallen. Eind 2001 zal ik u over de definitieve uitwerking van de beoogde instituten nader informeren.

Vragen VVD-fractie

11

Waarom zijn de beleidsdoelen voor de middellange termijn gesteld en niet voor de korte termijn?

Zie ook het antwoord op vraag 1. In de Beleidsbrief en Actieplan ICT in de Zorg is het onderscheid gemaakt tussen beleidsdoelen op middellange termijn en acties voor de korte termijn. Implementatie van ICT in de zorg is een zaak van lange adem. De acties voor de korte termijn zijn bedoeld om de implementatie van de beleidsdoelen ook te realiseren. Er is een aantal actuele knelpunten beschreven die dit jaar nog tot actie leiden.

12

Aan welk tijdsplan voor beleidsvoornemens en -acties denkt de minister in jaren? Kan de minister dat schematisch weergeven?

Nadat september vorig jaar de intentieverklaring van het ICT Platform in de Zorg is ondertekend, is een traject op gang gekomen om met projecten en experimenten vorm te geven aan het Elektronisch Patiënt Dossier. In 5 proeftuinen wordt nu gewerkt en ook uit het ZON-ICZ programma komen nu concrete resultaten. Tezamen met een aantal onderzoeken op het gebied van de randvoorwaarden zoals een definitiestudie naar de invoering van het Zorg Identificatie Nummer, leidt dit naar ik verwacht eind 2001 ertoe, dat er zicht is op de benodigde uitbreiding en schaalvergroting van de experimenten. Deze kunnen dan in 2002 worden vorm gegeven. Ik voorzie dat daarna de landelijke uitrol kan worden ingezet.

13

Kan de minister reeds nu een analyse geven van de bestaande wet- en regelgeving die als gevolg van de onderliggende nota voor wijziging of aanvulling in aanmerking komen?

Ik heb opdracht gegeven om een analyse op te stellen welke wet- en regelgeving voor wijziging of aanvulling in aanmerking komt. Ik verwacht binnenkort daarover een rapportage.

14

Kan de minister ons een begrotingsoverzicht verschaffen m.b.t. de verdeling en bedragen die gemoeid zijn met de verschillende projecten, initiatieven, beleidsvoornemens en -acties?

In de bijlage bij de Beleidsbrief is de globale verdeling van de Kaderbrief-middelen opgenomen. Veel projecten zijn in de opstartfase en over de beoogde afbakening en benodigde middelen wordt overlegd met de diverse uitvoerende partijen. Een exact overzicht van besteding van projecten zal ik eind 2001 in een rapportage geven.

15

Overweegt de minister een klachtenmeldpunt, gericht op het aanbod van zorginformatie, -producten en -diensten via het internet?

Bij de uitwerking van het zorgportaal, waarover ik u bij brief van 27 oktober 2000 (TK 27 400 XVI, nr. 13) heb geïnformeerd, zal ik ook nagaan op welke een wijze een klachtfaciliteit is in te bouwen. Overigens zijn er bestaande organisaties voor klachten zoals de onderdelen van het Staats-toezicht waar men kan klagen over het aanbod van zorginformatie, – producten en diensten ook als deze via Internet wordt aangeboden of verleend.

16

Op welke wijze en binnen welke termijn worden de mogelijkheden van ICT aangegrepen om artsen snel en adequaat te attenderen op mogelijke epidemieën of mogelijke grootschalige vergiftigingen?

Op korte termijn bieden de plannen van IPZorg nog geen oplossing voor de attenderingsfunctie bij epidemieën of grootschalige vergiftigingen. Zodra die mogelijkheden zich wel voordoen zal ik ze in overleg met partijen benutten. Momenteel biedt in geval van besmettelijke ziekten, het systeem van alarmering via de GGD's de meeste garanties om snel artsen te waarschuwen. De GGD Nederland heeft mij te kennen gegeven dat de GGD's 24 uur per dag bereikbaar zijn. Tevens is GGD Nederland op mijn verzoek met een project gestart waarin onder meer wordt gewerkt aan het verbeteren van de 24-uurs alarmeringsfunctie. Ook is het mogelijk om via de website van het ministerie van VWS en van de Landelijke Coördinatie-structuur Infectieziektebestrijding (LCI), relevante informatie te verspreiden.

Voor de toekomst ben ik van mening dat de districtshuisartsenverenigingen (DHV's) bij de snelle alarmering van huisartsen een rol moeten spelen. Deze optie zal nader moeten worden uitgewerkt. De overige mogelijkheden voor het opzetten van een specifiek elektronisch informatienetwerk voor infectieziektebestrijding, zal ik onderzoeken in het kader van de strategienota infectieziektebestrijding, die ik u dit jaar heb toegezegd.

17

Welke mogelijkheden hebben zorginstellingen thans om grootschalige investeringen te doen in ICT en welke weg dienen zij hiertoe te bewandelen? Op welke wijze worden zij geprikkeld om ook in ICT te investeren, gegeven het feit dat het rendement in efficiency pas in latere jaren te verwachten is? (blz. 5)

Instellingen hebben de ruimte om binnen hun exploitatiebudget prioriteiten te stellen ten behoeve van ICT-investeringen. Er zijn instellingen die op die manier omvangrijke investeringen hebben gedaan, juist ook omdat zij inzagen dat investeringen op het ene punt leiden tot besparingen en efficiencyverbetering op andere punten. Daarnaast kunnen investeringen in infrastructuur ten behoeve van ICT-toepassing bekostigd worden uit de zgn. meldingsregeling.

Bij elk van deze twee mogelijkheden geldt dat de instelling zelf de afweging moet maken. Het feit dat het rendement pas in latere jaren optreedt is slechts één onderdeel van die afweging. De belangrijkste overweging is natuurlijk dat de kwaliteit van de geleverde zorg waarschijnlijk toeneemt. Daarnaast worden, in de vorm van een proeftuin, projecten en experimenten gefinancierd om van daaruit een totaalaanpak te kunnen formuleren. Onderdeel van die totaalaanpak zal een financieringsstructuur zijn die op alle instellingen van toepassing zal zijn. Medio 2002 zal hierover meer definitieve duidelijkheid zijn zoals in antwoord 1 is aangegeven.

18

Wat voor adviezen geeft Deloitte & Touch aan de overheid om versnippering van de markt tegen te gaan in het rapport «The emerging European Telematics Industry»? Welke adviezen neemt de minister over? (blz. 6)

De Europese Commissie heeft in 1999 Deloitte & Touche opdracht gegeven de markt voor ICT in de zorg te onderzoeken en met aanbevelingen te komen. Zij omschrijven in hun rapport *The emerging european health telematics industry* van februari 2000 de markt als *a market of fast growing size and importance* en determineren de omvang op 6% van de totale IT markt en 2% van de *healthcare market*. Alle experts verwachten een verdubbeling van de markt in de komende 5 jaar, mits aan vitale condities wordt voldaan en de Europese trends worden gevolgd. Als vitale condities worden onder andere genoemd de noodzaak tot samenwerking aan de aanbiederszijde, een verhoogde ambitie aan de vraagzijde en een aantal aanvullende maatregelen: *enabling factors*. In deze laatste categorie vinden we onder meer de oproep tot doelstellingen op Europees niveau opdat een samenhangende markt ontstaat. In de executive summary vinden we:

To allow these trends to take place, each partner should play a proactive role:

- * **The EC** – define a common European vision and help enforce it – resolve standardisation issues and promote their wide use – push further certification processes – stimulate commercial strategic projects – push the European industry to position and compete on the international scene – publish study results as well as regular updates – stimulate industrial consortia – push the development of appropriate reimbursement processes and regulatory framework.
 - * **The member countries** – define clear objectives and develop plan for implementation – promote the continuity of products – resolve networking issues – resolve reimbursement processes and regulatory framework – promote IT as a major strategic factor – enforce further investment on the demand side – help enforce European guide-lines.
 - * **The industry** – define a business plan setting up clearly their position and priorities – produce and deliver turnkey solutions rather than just products – consolidate through alliances (mergers, acquisitions or partnerships) – organise itself to develop industrial consortia with very concrete targets and plans for actions
- If this is not satisfied, growth expectation might not reach the level we forecasted.

Ik neem alle adviezen over die worden gedaan aan de lidstaten en heb daarop reeds actie ondernomen. De Beleidsbrief en Actieplan ICT in de Zorg is daarvan een voorbeeld. Ik financier onderzoek om de continuïteit van productondersteuning te borgen. Verder financier ik het IPZ vanwege

de netwerkfunctie, werk aan een structurele financieringsoplossing voor ICT, promoot het gebruik van ICT, stimuleer via het IPZ de investeringsbereidheid en stel Europese standaarden maatgevend voor project-financiering.

19

Op welke termijn verwacht de minister oplossingen te vinden om, samen met industriële aanbieders, een uniforme infrastructuur gerealiseerd te krijgen? (blz. 6)

Ik verwacht dat medio 2002 oplossingen beschikbaar zijn als de evaluatie vanuit de proef in Eemland van de ZorgPas Groep beschikbaar is. De industriële aanbieders zijn bij de proef en evaluatie betrokken. De aanbieders hebben zich verenigd in het OIZ (Organisatie van ICT-leveranciers in de Zorgsector) en zijn een belangrijke gesprekspartner voor het IPZorg.

20

Hoe bevordert de minister dat geprotocolleerd medisch voorschrijven van medicijnen via het elektronisch voorschrijfsysteem wordt ingevoerd? (blz. 7)

Ik heb in het convenant huisartsenzorg afspraken gemaakt over de invoering van het EVS bij de huisartsen. Ik heb daartoe voor de periode 1999 tot en met 2002 in totaal f 27 mln. ter beschikking gesteld. De subsidie wordt per jaar vastgesteld op basis van een werkplan dat de LHV bij mij indient. Ik heb vanwege de snelheid van de invoering gekozen voor een subsidie vanuit de begroting in plaats van een financiering via de verzekeraar voor de eerste vier jaar. Ook betekent de subsidiering dat huisartsen geen extra kosten hoeven te maken om het EVS in te bouwen in de verschillende huisarts informatie systemen.

Tevens is in het convenant afgesproken dat een deel van de besparing op de geneesmiddelenkosten door huisartsen gebruikt mag worden voor praktijkondersteuning. Daarmee is een indirecte prikkel ingebouwd voor huisartsen om actief gebruik te maken van het EVS.

Op dit punt valt ook nog te melden dat ZN en LHV hebben afgesproken dat in contracten tussen verzekeraars en huisartsen wordt opgenomen dat huisartsen die praktijkondersteuning willen zich verbinden om ook het EVS te gebruiken. Deze afspraken zijn in het hoofdlijnenakkoord (februari 2001) van ZN en LHV nog een keer bevestigd.

21

Is de minister voornemens een inhaalslag te maken ten opzichte van andere Europese landen door te investeren in nieuwe technologische ontwikkelingen, zoals telegeneeskunde? (blz. 7)

Telegeneeskunde is een verzamelterm voor een zeer welkom aanvullend instrumentarium voor beroepsbeoefenaren waarvan ik vind dat de mogelijkheden verder moeten worden verkend en waar nodig nu reeds actie moet worden ondernomen om te komen tot tarieven waarin met het gebruik van telegeneeskunde als instrument rekening is gehouden. Zo bestaat op een aantal plaatsen bv. een experimenteel samenwerkingsproject tussen huisartsen en dermatologen, waarbij huisartsen digitale foto's van een huidprobleem aan een dermatoloog kunnen voorleggen voor een second opinion, waardoor minder vaak naar een ziekenhuis wordt verwezen. Bij een structurele invoering van deze praktijk zal dat ook in de tarieven een neerslag moeten vinden.

Zie in dat verband ook mijn antwoord op vraag 22.

Eind vorig jaar is met subsidie van VWS een overzicht van bestaande initiatieven in Nederland opgesteld door het Electronic Highway Platform Nederland (EPN). Voorts subsidieer ik mede het Platform Telemedicine dat is opgezet door het Health Management Forum (HMF) en EPN. De onderdelen waarvoor de subsidie is bedoeld zijn het nader in kaart brengen van mogelijkheden en belemmeringen voor toepassing van telemedicine en het uitwisselen van ervaringen over toepassingen op dit gebied. Eind 2001 tenslotte, verwacht ik een advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over E-health, waaronder telegeneeskunde. Op basis van dit advies en de resultaten van het Platform Telemedicine zal ik bepalen welke nadere acties op dit gebied gewenst zijn. U kunt dit standpunt begin 2002 verwachten.

22

Heeft de minister al plannen uitgewerkt om te komen tot een vergoeding aan artsen die consulten per internet aanbieden? (blz. 7)

Op dit moment zijn er geen initiatieven om te komen tot een maximumtarief voor «internetconsulten». Als er aanleiding is voor een specifieke vergoeding aan artsen voor (internet)consulten, dan zal dit tarief overigens in overeenstemming met de Wet Tarieven Gezondheidszorg door het College Tarieven Gezondheidszorg moeten worden vastgesteld.

23

Op welke wijze en binnen welke termijn denkt het kabinet de door EPN in: «Telemedicine, een inventarisatie van initiatieven in Nederland» (nov. 2000) gesignaleerde faalfactoren te hebben aangepakt? (blz. 7)

De faalfactoren die in beeld zijn gebracht zijn de faalfactoren volgens EPN. Ik deel op voorhand niet alle daar geformuleerde conclusies. Mijn meer structurele aanpak van het onderwerp telemedicine heb ik weergegeven in het antwoord op vraag 21.

24

Is het kabinet bereid telegeneeskunde als zodanig ook expliciet te erkennen? (blz. 7)

Telegeneeskunde is geen specialisme, maar een toepassing van een techniek die in elk specialisme kan voorkomen. Erkenning van het vak telegeneeskunde is dan ook niet aan de orde. Wanneer de techniek zich binnen de bestaande praktijk bewijst en past binnen de routine van het specialisme dan dient daarvoor ook een CTG-beleidsregel te komen. Ook in het kader van de opleidingen zal meer aandacht aan ICT worden besteed. Zie hiervoor het antwoord op vraag 41.

25

Wat is de reden dat in de zorgsector het uitwisselen van tekst, beeld en geluid tussen willekeurige computers moeizaam verloopt, terwijl dat in andere sectoren probleemloos gaat en juist een hoge vlucht neemt? (blz. 8)

In de zorg bestaan veel deelmarkten, is er sprake van eilandautomatisering en dat vraagt om regie. De aanpak zoals in antwoord 1 beschreven is juist ook om die reden gekozen. De grote hoeveelheid partijen – zorginstellingen en zorgaanbieders – met niet altijd een evenredige meeropbrengst voor individuele deelnemers, maakt een strikte aanpak nodig. Gelukkig is dat de mening van alle ondertekenaars van de intentieverklaring van het ICT Platform in de Zorg. Ik schetste die aanpak al in mijn antwoorden op de vragen 1 en 8. Overigens verliep in de beginfase ook in andere sectoren deze uitwisseling niet zonder problemen.

26

Welke mogelijkheden ziet de minister om medische staf en directies in de zorginstellingen de strategische mogelijkheden van ICT tijdig te doen onderkennen en deze mogelijkheden ook daadwerkelijk te benutten? (blz. 8)

Het product ICT verkoopt zich inmiddels zelf, is mijn indruk. In alle beleidsdocumenten van instellingen, zoals beleidsvisies, meerjarendocumenten en jaarverslagen wordt nu aandacht besteed aan de mogelijkheden die ICT biedt: op het terrein van de bedrijfsvoering, de administratie maar vooral ter verbetering van de kwaliteit van de geleverde zorg. Bijna elke instelling is inmiddels wel betrokken bij een of meerdere ICT-projecten, zo blijkt uit genoemde documenten.

27

Op welke wijze en op welke termijn gaat de minister een «vitale ICT voor de zorgindustrie» stimuleren? (blz. 8)

Zie mijn antwoord op vraag 5.

28

Wanneer zal een portal site operationeel zijn en hoe wordt daar brede bekendheid aan gegeven? (blz. 9)

In mijn beleidsbrief over Patient en Internet van oktober 2000 (TK 27 400 XVI, nr.13) heb ik aangegeven dat eind 2001 een portal site beoogd is operationeel te zijn. In de uitwerking zal ook het geven van een brede bekendheid een belangrijk onderdeel zijn. Ik zal u tussentijds op de hoogte houden.

29

Graag ontvangen wij van de minister een schematisch overzicht hoe de verantwoordelijkheden van de onderscheiden aandachtsgebieden verdeeld zijn. (blz. 10)

In de Leidschendam-conferentie is vanuit kwaliteitsbeleid gewezen op het toenemende belang van de toepassing van ICT in de zorg voor een verbetering van de kwaliteit van zorg. Daarbij kan worden gedacht aan beslisondersteunende systemen of aan signaleringssystemen mbt. bijwerkingen. De verbetering van de kwaliteit van zorg (zie ook het antwoord op vraag 38) is ook een van de uitgangspunten van het IPZorg bij de ontwikkeling van het EPD. De inhoud van het EPD wordt primair ontwikkeld binnen het VIZI-project en vanuit de verschillende wetenschappelijke verenigingen en dat zijn de zelfde organisaties die een zeer belangrijke rol hebben gespeeld binnen de Leidschendam-conferentie en nu een belangrijke bijdrage leveren aan het platform Modernisering Curatieve Zorg (MCZ). In de praktijk is er dus geen tegenstelling tussen de inzet van het IPZ en het MCZ en is het dus ook niet nodig gebleken om nadere afspraken over een verantwoordelijkheidsverdeling te maken.

30

Zal de actievere betrokkenheid van het ministerie van VWS ook gaan leiden tot periodieke rapportages en evaluaties richting de Tweede Kamer? Zo ja, wanneer kunnen wij een eerste evaluatie verwachten? Zo nee, waarom niet? (blz. 11)

De ontwikkelingen op het terrein van ICT in de zorg worden in beginsel binen het ICT Platform in de zorg (IPZorg) gecoördineerd en daar vind ook de afstemming tussen initiatieven plaats. In dat kader worden de leden van het IPZorg ook regelmatig over de voortgang van verschillende (deel)-

projecten geïnformeerd. Ik zal – als lid van ICT Platform in de Zorg – met de voorzitter, de heer Brinkman, in overleg treden over de wijze waarop de periodieke rapportage van het Platform ook zou kunnen worden gebruikt om u te informeren.

31

Voor identificatie en de authenticiteit is de verwachting dat een voorbereiding van drie tot vier jaar nodig is. Waarom kan het niet sneller? Hoelang zal het dan nog duren voor beide trajecten landelijk operationeel zijn? (blz. 13)

Er zijn in de gezondheidszorg talloze systemen in gebruik. De introductie van regels voor identificatie en authenticatie vraagt aanpassingen aan deze systemen en derhalve om capaciteit bij de leveranciers om tot aanpassing van de systemen te komen en vooral om capaciteit om de in gebruik zijnde systemen te converteren naar de nieuwe afspraken. Zowel de ontwikkeling van de regels als de ontwikkeling van de conversie staan nog in de kinderschoenen. Dat geeft aanleiding om een termijn van 3–4 jaar te noemen. De snelheid van de feitelijke invoering zal in die periode worden bepaald. De mate waarin we tot prioritering kunnen komen zal daarbij bepalend zijn. Er wordt een inspanning verwacht van de ICT industrie en van de zorgverleners en daarvoor zullen de condities moeten worden geschapen. Het ICT Platform in de Zorg speelt een belangrijke rol bij het verkrijgen van het draagvlak voor deze veranderingen.

32

Kan de minister met een voorbeeld duidelijk maken om wat voor informatie het gaat bij de Public Key Infrastructure? (blz. 14)

In de proef in Eemland in het kader van de Zorgpas wordt voor het gebruik van de zorgpas gewerkt met een sleutel, «public key», die bekend is aan degenen die informatie via de infrastructuur uitwisselen. Deze sleutel maakt alleen in samenhang met een persoonlijke «private key» mogelijk de functies van verzekeringsgerechtigdheid en SOS gegevens tussen daartoe geautoriseerde personen uit te wisselen. Toepassing van PKI instrumenten moet uiteindelijk de uitwisseling van medische gegevens, het elektronische patiëntendossier, mogelijk maken voor door de patiënt geautoriseerde personen.

33

Wat is de reden voor de afnemende belangstelling van de ICT industrie voor de zorgsector, terwijl er in de zorgsector juist een grote automatiseringsslag te maken is? (blz. 16)

Zie mijn antwoord op vraag 5.

Vragen D66-fractie

34

In hoeverre komt het onderzoek naar de aanpak op randvoorwaarden/aandachtsgebieden overeen met de ervaringen elders met het introduceren van ICT; nl. dat enkel een bottom-up benadering werkt? (blz. 5)

Alleen een bottom up benadering werkt niet. Een top down en bottom-up benadering moeten hier hand in hand gaan. Bij de uitwerking van de randvoorwaarden/aandachtsgebieden wordt wel nadrukkelijk gekeken naar ervaringen die op lokaal niveau zijn cq worden opgedaan. In de intentieverklaring van het IPZorg zijn dan ook een aantal projecten geadopteerd waarbij werkende weg ervaring op moet worden gedaan. Ook door de Zorgpasgroep (ZPG) en door VIZI worden randvoorwaarden

ontwikkeld en uitgetest. Daarbij zijn en worden internationale ervaringen nadrukkelijk meegenomen. De combinatie van bottom up ervaring en topdown autoriseren van werkende standaarden moet een landelijke operationele ICT infrastructuur mogelijk maken.

35

Hoe ziet de minister de tegenstelling tussen het belang van standaardisatie en de behoefte aan een zeer flexibel systeem vanuit de beroepsgroep? (blz. 5)

In feite is hier niet van een echte tegenstelling sprake. Om onderling te kunnen communiceren zijn niet alleen standaarden voor gegevensuitwisseling nodig maar ook voor de inhoud van de berichtgeving. Daarbij wordt rekening gehouden met wensen vanuit de beroepsgroep, zodat de gewenste flexibiliteit in welke vorm dan ook behouden blijft.

36

Kunnen de structurele kosten voor de ICT in de zorg uiteindelijk in de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC) worden meegenomen? (blz. 5)

Te verwachten valt dat administratie- en verwerkingskosten straks onderdeel zullen uitmaken van de prijs per DBC.

37

Op welke wijze worden RIO's ondersteund in het registreren van de zorgvragen? Is hierbij een relatie met de minister Grote Steden- en Integratiebeleid die ook actief het ICT-beleid stimuleert? Zo ja, waaruit bestaat die relatie? (blz. 5)

Zowel in het project AWBZ brede zorgregistratie als in het project Robuuste RIO's worden de RIO's ondersteund in het registreren en het uitwisselen van de zorgvragen en de daaraan verbonden indicaties. In het project Robuuste RIO's vinden in het kader van de kwaliteitsverbetering van de indicatieorganen initiatieven plaats gericht op de verbetering van de informatisering bij de RIO's. De ondersteuning bij het project AWBZ brede zorgregistratie is erop gericht het gegevensverkeer tussen het zorgkantoor en het RIO te optimaliseren.

Er is hierbij geen directe relatie met de minister Grote Steden- en Integratiebeleid.

38

Verwacht u door het invoeren van het elektronisch patiënten dossier (EPD) dat er tijdswinst behaald kan worden? (blz. 16)

Het EPD heeft tot doel om relevante informatie ongeacht tijdstip en locatie beschikbaar te hebben. Dit heeft belangrijke positieve gevolgen voor kwaliteit en doelmatigheid en levert op verschillende manieren tijdswinst op. Tijdswinst voor de patiënt omdat vanwege de hoge beschikbaarheid van gegevens bijvoorbeeld herhaling van onderzoek onnodig is, maar ook tijdswinst doordat dossiers niet opgezocht of getransporteerd hoeven te worden. Vanwege gestructureerde opzet, verwacht ik zelfs tijdswinst bij het opzoeken van gegevens in het dossier tijdens het consult.

39

Kunt u de verhoudingen en het nut weergeven van de vele genoemde platformen, etc. (ZPG, IPZ, NEN, CSIZ, MCZ, UZI, INNSTANZ) die zich bezighouden met de ontwikkeling van de EPD?

Door de leden van het ICT Platform in de Zorg worden inmiddels drie grote aandachtsgebieden onderscheiden: (1) de infrastructuur, (2) de

infostructuur en (3) het autorisatie- en borgingscomplex. Het laatste aandachtsgebied richt zich vooral op beveiliging van de toegang tot de gegevens.

- De Zorgpasgroep werd door het ICT Platform in de Zorg (IPZ) gezien als een geschikte kandidaat om de werkzaamheden op het terrein van de gewenste infrastructuur aan te pakken. Het is immers de organisatie die werd opgericht om de werkzaamheden te verrichten ten behoeve van de Eemlandproef met de Zorgpas en de voorbereiding van de landelijke uitrol daarvan.
- VIZI, een initiatief van de Orde, de NVZ en de LHV, werd door het platform gezien als geschikte kandidaat om de werkzaamheden op het terrein van de infostructuur aan te pakken.
Zowel ZPG als VIZI kunnen daardoor ook worden gezien als onderaannemers van het IPZ.
- Resultaten van de werkzaamheden van ZPG en VIZI zijn onder andere standaarden. Deze zullen de status van Nationale Technische Afspraak of Nationale Norm moeten krijgen. Voor mijn opvattingen over CSIZ, NEN en Enigma303 (en INNSTANZ) verwijs ik graag naar mijn antwoord op vraag 6.
- Een andere reden om Enigma303 te noemen is de Normcommissie *Beveiliging van de informatievoorziening in Zorg*. Door IPZ is Enigma gevraagd aan het derde aandachtsgebied – autorisatie en borging – een bijdrage te leveren.
- Het in de vraag genoemde UZI is een van de randvoorwaarden, namelijk de Unieke Zorgverleners Identificatie. Het UZI zal worden gebruikt om te bepalen of een zorgverlener rechten heeft om toegang te krijgen tot het dossier van een patiënt. Ik heb op verzoek van het IPZ, het CIBG – het voormalige BIG register – gevraagd een plan van aanpak hiervoor op te stellen.
- Ik noemde in de beleidsbrief het platform Modernisering Curatieve zorg, omdat in de Leidschendamconferentie een relatie werd gelegd tussen kwaliteit en het gebruik van ICT. Het MCZ speelt geen rol bij de ontwikkeling van het EPD.

40

Kan een overzicht gegeven worden van andere projecten die het ministerie van VWS stimuleert op het raakvlak ICT & Zorg anders dan het EPD?

In antwoord 1 heb ik de projecten genoemd die bijdragen aan het daar omschreven doel. In antwoord 30 heb ik aangegeven dat ik eind 2001 een nader overzicht zal geven van ICT-projecten en ontwikkelingen die aan dit doel bijdragen. Overige projecten komen in de diverse beleidsbrieven en reguliere verantwoordingsdocumenten aan bod.

41

Wordt er in de opleidingen Geneeskunde en HBO-V aandacht besteed aan ontwikkelingen op het gebied van de ICT en speciaal het EPD?

In de artsopleiding, die gebaseerd is op de AMvB Opleidingseisen tot arts, wordt niet expliciet aandacht besteed aan ICT en het EPD. Wel wordt als algemene eindterm gebruikt «het kennen van verschillende vormen van verslaglegging en communicatie». Het is mogelijk dat de verschillende medische faculteiten wel met geautomatiseerde systemen werken in de opleiding.

Voorname AMvB is gebaseerd op het «Raamplan 1994, artsopleiding». Dit raamplan (algemene eindtermen, problemen en ziektebeelden) wordt thans herzien. In dat kader zal ICT meer specifiek als een algemene eindterm worden geformuleerd.

De eindtermen voor het HBO-V noemen wel dat de student moet kunnen registreren en administreren volgens het daartoe bestemde (geautomatiseerde) systeem. Het EPD wordt daarbij niet expliciet genoemd. In de praktijk werken de meeste HBO-V's met elektronische leerprocessen en zijn de studenten al thuis in de benodigde basisvaardigheden.

42

Op welke manier wordt rekening gehouden met de wensen/eisen van de verschillende beroepsgroepen aan een EPD?

In alle genoemde platforms, projecten en organisaties is de beroepsgroep een belangrijke speler. Bij het bepalen van de inhoudelijke informatiestructuur, het VIZI project, is de beroepsgroep (Orde, LHV en NVZ) zelfs de trekker.

43

Welke wensen hebben patiënten voor een EPD en kan hieraan worden voldaan?

Evenals de betrokkenheid van de beroepsgroep (zie antwoord 42) is ook de NP/CF in alle relevante platforms, projecten en organisaties aanwezig. De NP/CF heeft ICT ook als een van de speerpunten van haar beleid verklaard en voor het leveren van een adequate inbreng middelen gekregen uit het patiëntenfonds.

44

Is er nagedacht over de opname van bijvoorbeeld het donorcodicil in het EPD?

Ik ga er vanuit dat ook wanneer op enig moment landelijke invoering van het EPD is afgerond, dan toch het centrale Donorregister zoals dat nu functioneert op basis van de Wet op de orgaandonatie (WOD, Stb. 1996, 370) en daarop gebaseerde Besluit donorregister (Stb. 1998, 41), gehandhaafd zal blijven. Immers, zoals bij de parlementaire behandeling van de WOD destijds is aangevoerd, beperkt met name één centraal register de inspanningen voor onderhoud, autorisatie en rapportage die het registreren en raadplegen van wilsbeschikkingen met zich meebrengt. Waar raadpleging nu nog plaatsheeft via een intermediair, in casu de Nederlandse Transplantatie Stichting, ligt het overigens voor de hand dat wanneer de informatisering van de instellingen en beroepsbeoefenaren zover gevorderd is dat er ook sprake kan zijn van een volledig operationeel EPD, degenen die daartoe bevoegd zijn het donorregister zelf rechtstreeks zullen raadplegen, dus zonder de tussenkomst van de genoemde intermediair.

45

Hoe wordt omgegaan met het volgende dilemma: Als er via het Zorg Identificatie Nummer (ZIN-nummer) medische gegevens direct en door velen in te zien zijn, is er een duidelijk voordeel. Maar dan zou de privacy wel eens in gevaar kunnen komen. Wordt om reden van privacy het aantal gegevens, dat gekoppeld aan het ZIN, beperkt gehouden en hebben ook slechts weinigen inzage, dan lijkt de meerwaarde beperkt.

Ik ben blij dat de D66-fractie dit belangrijke aandachtspunt opnieuw onder de aandacht brengt. Voor de acceptatie van het EPD is een goede aanpak hiervan immers cruciaal.

Het zorgidentificatie nummer is noodzakelijk om medische gegevens eenduidig aan een patiënt te kunnen koppelen, ongeacht het informatiesysteem waarin deze gegevens zijn opgenomen. In de intentieverklaring van het ICT Platform in de Zorg (IPZ) en ook in de Beleidsbrief ICT in de

Zorg die 28 november aan de Kamer is gezonden, wordt het kunnen inzien van medische gegevens, om redenen van privacy en beroepsgeheim, strak aan regels gebonden. Er worden daarom autorisatieprotocollen voor zorgverleners en autorisatieprofielen voor patiënten ontwikkeld. Op basis van de rechten die zijn gekoppeld aan de zorgverlenersrol en de toestemming die de patiënt zelf heeft verleend – het protocol respectievelijk het profiel – wordt bepaald welke gegevens uit de dossiers aan de informatievragers worden getoond. Iedere hulpverlener kan dus altijd toegang krijgen tot die gegevens die voor de betreffende behandeling nodig zijn, voor zover de patiënt daarvoor toestemming heeft verleend. Het geschetste dilemma van de beperkte toegang wordt zo opgelost. De opdracht tot het ontwikkelen van de autorisatieprotocollen en autorisatieprofielen is in voorbereiding. Hierbij wordt samengewerkt met de Registratiekamer. Tenslotte wijs ik nog op de afspraak die is gemaakt dat iedere ongeautoriseerde poging tot toegang tot het dossier zal worden vastgelegd in een register waartoe ook de patiënt toegang heeft.

Vragen GroenLinks-fractie

46

Is de minister van mening dat versnippering van de markt, en daarmee het gebruik van verschillende systemen door zorgaanbieders, negatieve gevolgen heeft op de uitwisselbaarheid van gegevens? Op welke wijze kan de overheid de versnippering van de markt bestrijden? Op welke andere manieren is versnippering tegen te gaan? (blz. 6)

Deze versnippering is een van de redenen om te komen tot meer regie en de aanpak zoals beschreven in antwoord 1. Zie ook de antwoorden 18 en 27.

47

Wat is de stand van zaken in de care met betrekking tot het gebruik van ICT, bijvoorbeeld bij de wachtlijstregistratie en de zorgtoewijzing? (blz. 11)

Binnen de care is medio 2000 gestart met het project «AWBZ-brede Zorgregistratie». Dit project heeft tot doel in 2002 een uniform systeem van gegevensverzameling te hebben binnen de sectoren Verpleging & Verzorging, Gehandicaptenzorg en de Geestelijke Gezondheidszorg. Uitgangspunt is een volledig met ICT ondersteund proces van wachtlijstregistratie en zorgtoewijzing. In eerste instantie moet dit systeem wachtlijst-rapportages opleveren, in tweede instantie dient het systeem het totale proces van zorgtoewijzing (van indicatiestelling tot zorgrealisatie) te ondersteunen. In het project wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van reeds bestaande registratiesystemen. Een eerste voortgangsrapportage «AWBZ-brede Zorgregistratie» wordt in april aan de Tweede Kamer toegezonden.

48

Aan welke privacyeisen moeten het EPS en de Zorgpas en andere toepassingen van ICT in de zorg naar de mening van de minister voldoen? Hoe wordt de privacy van patiënten gewaarborgd? Mag de patiënt zelf bepalen wie zijn dossier inziet en hoe wordt dit geregeld? (blz. 14)

De privacyeisen voor gegevensuitwisseling via een landelijke infrastructuur, welke dan ook, zijn opgenomen in de toekomstige Wet Bescherming Persoonsgegevens (nu nog Wet Persoon Registraties) en de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Om hiervoor goede waarborgen in te bouwen wordt ook de Registratiekamer waar mogelijk en nodig bij de uitwerking betrokken. Ook worden momenteel autorisatieschema's ontwikkeld waarbij het uitgangspunt is dat patiënt zelf bepaalt wie zijn dossier mag inzien. Ik zal in mijn rapportage eind van dit jaar ook

aandacht besteden aan de uitwerking deze autorisatieschema's. Zie ook het antwoord op vraag 45.

49

Zal de uitwisseling van gegevens via het EPS zowel voor de cure als de care gelden? Op welke wijze zal de elektronische samenwerking tussen de sectoren worden geregeld en verbeterd? (blz. 16)

De uitwisseling van gegevens zal zowel voor de care en cure gelden, maar ook hier geldt dat alleen geautoriseerde personen (zie ook antwoord op vraag 48) gegevens mogen inzien die voor hen relevant zijn. Randvoorwaarden zoals het Zorg Identificatie Nummer en een Unieke Zorgverlener Identificatie zullen zorgbreed worden ontwikkeld en worden ingevoerd. Dat geldt ook voor overige standaarden voor de infrastructuur en infostructuur.

50

Op welke wijze communiceren de RIO's met de zorgkantoren elektronisch met elkaar? Gebruiken zij dezelfde systemen waardoor de informatie makkelijk uitwisselbaar is? Zo neen, welke problemen geeft dit? (blz. 18)

Omdat de RIO's en de zorgkantoren nog niet in voldoende mate op een uniforme manier met elkaar (elektronisch) communiceren wordt hieraan in het project AWBZ brede zorgregistratie uitvoerig aandacht besteed. Het is overigens niet zo dat deze partijen perse dezelfde systemen moeten gebruiken om optimaal informatie uit te wisselen. De systemen mogen van elkaar verschillen, maar moeten in staat zijn de verlangde gegevens aan elkaar te leveren.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier voor dit verslag,
Post