



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
MEVA/ICT-3008107

Bijlagen
4

Uw brief

Datum **14 JUN 2010**

Betreft Moties ingediend op 1 juni 2010 inzake wetsvoorstel 31466

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Op 1 juni 2010 heeft uw Kamer beraadslaagd over mijn brief van 6 mei 2010 waarin ik heb gevraagd om uitstel van de voorgenomen plenaire behandeling van het wetsvoorstel 31 466 – Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg.

Tijdens deze beraadslaging zijn drie moties ingediend, te weten door de leden Dupuis (VVD) c.s., Tan (PvdA) c.s. en Slagter-Roukema (SP) c.s. Met uw Kamer is afgesproken om binnen een termijn van twee weken schriftelijk op de inhoud te reageren.

Vooraleer ik in deze brief inhoudelijk op de drie ingediende moties inga, zal ik op hoofdlijnen ingaan op enkele punten die aan de orde zijn geweest tijdens de beraadslaging.

Totstandkoming landelijke infrastructuur voor elektronische uitwisseling van informatie in de zorg

De minister van VWS is door de Tweede Kamer uitdrukkelijk verzocht de regie ter hand te nemen. In november 2005 is een motie ingediend door het Tweede Kamerlid Koser Kaya c.s. waarin onder meer wordt aangegeven 'dat het nu al te lang duurt voordat er een begin van een landelijk Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is in Nederland' en 'dat de sector zelf, met behulp van Nictiz, blijkbaar niet in staat is om voldoende voortgang te boeken'. De indieners van de motie verzoeken dan ook 'de minister de regie op de ontwikkeling van het EPD zelf ter hand te nemen, de zaken top down aan te sturen...' (TK, 2005-2006, 30 300 XVI, nr. 56). In verschillende moties is er voorts op aangedrongen om maatregelen te nemen opdat invoering van het EMD per 1 januari 2006 zou worden gerealiseerd. Door de toenmalige minister van VWS is echter aangegeven dat het invoeren van de landelijke infrastructuur en het EMD en het WDH een omvangrijk traject is en dat zorgvuldigheid gaat voor snelheid (TK, 2005-2006, 27529, nr. 18). Dat neemt niet weg dat de Tweede Kamer erop aandrong een en ander zo snel mogelijk en verplichtend op te leggen. Door het Tweede Kamerlid Schippers is aangegeven 'Vrijwilligheid leidt helaas vaak tot vrijblijvendheid. Bij afwezigheid van werkelijke concurrentie ontbreekt ook een impuls tot investeren. Ondanks de toegenomen



aandacht mist de VVD-fractie een sense of urgency. Het is van groot belang dat er tempo in komt. Daarom vragen wij de minister wat hij ervan vindt om het leveren van informatie aan en het gebruik van het elektronisch medicatiedossier verplicht te stellen aan zorgaanbieders.' (26 oktober 2004 TK 13 13-752).

Ook door Tweede Kamerlid Omtzigt is aangedrongen op een verplichting 'Met mijn motie beoog ik dat u oplegt dat mensen het systeem gebruiken. U zegt dat de infrastructuur wordt aangebracht en men daarna op basis van vrijwilligheid daarvan gebruik kan maken. Die vrijwilligheid dient er niet te zijn. Verder wijs ik erop dat alle declaratieverkeer in Nederland geautomatiseerd is. Dus als het om declareren gaat weten de zorgverleners ineens verrekte goed hoe snel ze het systeem moeten invoeren. Echter, als het gaat om iets voorschrijven, om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt en niet om het geld, weet ineens niemand hoe het moet. U kunt in mijn optiek het gebruik van het systeem wel degelijk zo snel mogelijk opleggen.' (23 maart 2005 TK 63 63-4062)

Vooralsnog was er een implementatieplan en ontwikkeltraject uitgezet voor de invoering van een landelijk elektronisch patiëntendossier zonder dat er sprake was van een specifiek te ontwikkelen wettelijk kader voor het landelijk EPD. Uitgangspunt was dat 'zorgverleners verantwoordelijk zijn voor het daadwerkelijk gebruik van het EPD' (TK, 2004-2005, 27 529, nr. 15). Verschillende moties door de Tweede Kamer¹ - waarbij nadrukkelijk is gevraagd het gebruik van het elektronisch medicatiedossier dwingend op te leggen - zijn echter aanleiding geweest om te onderzoeken 'of er - naast de reeds ingezette maatregelen - ook een nader wettelijk systeem moet komen voor het gebruik van het EMD en het WDH (en in de toekomst het EPD). Die wetgeving zou zowel de introductie moeten bevorderen, als een juridisch kader bieden voor het fenomeen EPD' (TK, 2004-2005, 27 529, nr. 15).

Het voorstel tot wijziging van de Wet gebruik BSN in de zorg in verband met de elektronische informatie-uitwisseling in de zorg zal uiteindelijk de aansluiting van zorgaanbieders dwingend kunnen opleggen. Deze verplichting voor zorgaanbieders is van belang om te zorgen dat de patiënt de keuze heeft al dan niet deel te nemen aan het landelijk uitwisseling. Voorkomen moet worden dat de zorgaanbieder door niet aan te sluiten de keuzemogelijkheid voor de patiënt beperkt. Daarnaast stelt het wetsvoorstel ten eerste eisen aan de beveiliging van de gegevensuitwisseling, ten tweede borgt het de rechten van de patiënt en wordt ten derde sanctionering bij eventueel misbruik geregeld. In eerste instantie (bepaald bij AMvB) betreft het de uitwisseling van huisartswaarneemgegevens en medicatiegegevens.

Herhaaldelijk is door uw Kamer aangedrongen op afstemming met het veld. De huidige ontwikkelde infrastructuur zou niet aansluiten bij de wensen van het zorgveld. Hierbij wil ik nogmaals benadrukken dat de afgelopen jaren ten aanzien van de totstandkoming van de landelijke infrastructuur intensief overleg is gevoerd met koepels van zorgaanbieders en de patiëntenorganisaties. Op 28 oktober 2009 is een 'Uitgangspuntennotitie' opgesteld door het ministerie van VWS en de koepelorganisaties KNMG, LHV, KNMP, NHG, VHN, KNGF, V&VN, NMT en Orde. In de 'Uitgangspuntennotitie' is vastgesteld dat:

¹ Motie Omtzigt c.s. (TK, 2004-2005, 27 529, nr. 8), Motie Timmer (TK, 2004-2005, 27 529, nr. 9), Motie Schipper c.s. (TK, 2004-2005, 27 529, nr. 11) en Motie Koser-Kaya c.s. (TK, 2004-2005, 27 529, nr. 12).



- prioriteit is toegekend aan het landelijk beschikbaar maken van de medicatiegegevens en waarneemgegevens voor huisartsen;
- regionale gegevensuitwisseling en de landelijke gegevensuitwisseling via het LSP aanvullend zijn op elkaar;
- alleen voor de zorg (een beperkt aantal) essentiële gegevens die 7x24 uur relevant kunnen zijn voor het zorgverleningproces (acute situaties, spoedsituaties en andere omstandigheden met risico's voor discontinuïteit) - in aanvulling op het WDH en het EMD - op landelijke schaal een verplichtend karakter kunnen krijgen bij wet- en regelgeving;
- het de beroepsgroepen zijn die bepalen welke gegevens 'essentieel' zijn voor een landelijke uitwisseling. Er wordt een commissie ingericht bestaande uit de betreffende beroepsorganisaties en de NPCF, die een bindend advies ter zake geeft.

Ons kenmerk
MEVA/ICT-3008107

Wettelijke grondslag huidige uitrol

Voor inwerkingtreding van het voorliggende voorstel van wet geldt nog geen verplichting tot aansluiting van de zorgaanbieder op het LSP. De uitwisseling dient wel te voldoen aan de eisen van de Wbp en de WGBO. Zorgverleners moeten volgens de huidige wetgeving een dossier over de patiënt bijhouden. Gegevens die uitgewisseld kunnen worden via de landelijke infrastructuur maken onderdeel uit van dit dossier. Als een huisarts op de huisartsenpost, een apotheker of een medisch specialist gegevens wil inzien via het LSP, moet hij daarvoor eerst toestemming vragen aan de patiënt. Ook voor het uitwisselen van de gegevens tussen zorgverleners geldt dan ook dat dit alleen mogelijk is met toestemming van de patiënt. Op het moment dat een andere zorgverlener dan de eigen zorgverlener gegevens wil opvragen over een patiënt, zal dan ook expliciet toestemming gevraagd moeten worden. Zonder deze toestemming mag de zorgverlener geen gegevens raadplegen. Daarnaast is iedere patiënt de mogelijkheid geboden om voorafgaand aan de uitwisseling van de medische gegevens tussen de zorgverleners, aan te geven niet te willen deelnemen aan het EPD. Met deze mogelijkheid wordt de betrokkenheid van de patiënt bij de verwerking van zijn medische gegevens nog eens extra benadrukt en wordt hem de mogelijkheid geboden om in een vroegtijdig stadium hierop invloed te kunnen uitoefenen.

De aansluiting van huisartsen, apotheken, ziekenhuizen en huisartsenposten vindt op dit moment op vrijwillige basis plaats. Het onderhavige wetsvoorstel dat thans ter beoordeling bij uw Kamer ligt, moet als sluitstuk worden gezien van een jarenlange voorbereiding van de ontwikkeling en implementatie van een landelijke infrastructuur die nodig is om op geüniformeerde en gestandaardiseerde wijze elektronische uitwisseling van informatie in de zorg te kunnen realiseren. Het onderhavige wetsvoorstel kent in zijn opzet de mogelijkheid de wet van kracht te laten zijn zonder dat de verplichting tot aansluiting op de landelijke infrastructuur meteen inwerking treedt. In de eerder genoemde 'Uitgangspuntennotitie' is afgesproken dat de verplichting tot aansluiting niet eerder in werking zal treden dan nadat een substantieel deel (circa ¾) van de betreffende zorgverleners is aangesloten. Hierover worden vooraf op bestuurlijk niveau afspraken gemaakt tussen VWS en de betrokken koepels. Verder is in de 'Uitgangspuntennotitie' afgesproken dat de subsidie-aansluitregeling (oorspronkelijke expiratedatum 1/1/2010) met een jaar wordt verlengd en dat in overleg met de in de notitie genoemde beroepsorganisaties wordt gezocht naar toepassingsmogelijkheden ter stimulering van de regionale aansluiting.



Landelijk en regionaal communicatie

Uw zorg is het risico van een landelijke schaal ten opzichte van een regionale schaal. Als het gaat om het voorkomen van oneigenlijk gebruik of ongeautoriseerde toegang tot gegevens gaat het echter om a) de wijze waarop de toegang tot de gegevens is beperkt in het systeem, b) hoe geborgd is dat alleen daartoe geautoriseerden bij de gegevens kunnen en c) hoe systematisch en organisatorisch wordt gehandhaafd met toezicht en sanctionering.

Het landelijke systeem heeft invulling gegeven aan die vereisten. Bij gegevens-uitwisseling via de landelijke infrastructuur zijn de waarborgen als volgt ingevuld:

- de beschikbaarheid van een beperkte set van gegevens is begrensd: medicatiegegevens alleen voor de apotheek, de HAP en het ziekenhuis en huisartswaarneemgegevens alleen beschikbaar op de HAP;
- inloggen geschiedt met een UZI-pas met pincode die zorgt voor een hoog niveau van authenticatie;
- een patiënt moet ingeschreven staan in het systeem van degene die wil raadplegen en er vindt vooraf een check op de behandelrelatie plaats;
- voor raadpleging dient toestemming gevraagd te worden door de zorgverlener (opt-in);
- alle raadplegingen of pogingen tot raadpleging worden gelogd en daar wordt continu toezicht op gehouden door NICTIZ;
- systemen kunnen alleen aansluiten als ze zijn gekwalificeerd en de zorgaanbieders dienen een verklaring van een goed beheerd zorgsysteem af te geven;
- de burger is van te voren geïnformeerd over deelname aan het systeem en kan algeheel of gedifferentieerd bezwaar maken. Specifieke zorgverleners, maar ook groepen van zorgverleners of instellingen kunnen worden uitgesloten.

Bovendien ondersteunt de landelijke infrastructuur ook bovenregionale communicatie. Soms wordt betoogd dat 95% van de uitwisseling van medische gegevens gebeurt binnen de regio. Hoewel het percentage intraregionale gegevensuitwisseling in het centrum van een regio wellicht groot is, geldt dat waarschijnlijk niet voor de 'grensgebieden' tussen de regio's. In het kader van de huidige invoering worden momenteel 32 regio's onderscheiden. Deze 32 regio's hebben samen meer dan 60 grenzen. Daarbij groeit regio overstijgende zorg. In bijvoorbeeld Amsterdam komt circa de helft van de klanten van de apotheek van buiten de regio.

Gegevens worden op grote schaal uitgewisseld via regionale systemen. De inschatting is dat 95% van de burgers die zorg afnemen in minstens één regionaal medicatiesysteem voorkomt en dus de medicatiegegevens opvraagbaar zijn en 40% in minstens een regionaal huisartswaarneemstelsel. Deze regionale systemen bieden doorgaans onvoldoende waarborgen tegen oneigenlijk gebruik en ongeautoriseerde toegang. Het CBP heeft dat ook geconstateerd. In de expertmeeting met uw Kamer op 9 december 2009 heeft het CBP ten aanzien van de door hun gedane onderzoeken naar de regionale uitwisseling het volgende aangegeven:

"Wij hebben drie punten onderzocht. Zijn de patiënten, zoals volgens de wet verplicht is, allemaal persoonlijk geïnformeerd? Hoe is de toegangsbeveiliging geregeld? Ook daarover is de Wet bescherming persoonsgegevens heel duidelijk.



De toegang moet beveiligd zijn, zodat alleen degenen die bij de behandeling zijn betrokken, toegang krijgen. Vervolgens moet worden bijgehouden wie feitelijk toegang hebben gehad. Verder moet worden gecontroleerd of diegenen daartoe gerechtigd waren. Op al deze punten hebben wij overtredingen geconstateerd en vastgesteld dat de wet niet wordt nageleefd. Zo werden niet alle patiënten persoonlijk geïnformeerd. Er werden her en der wat folders in de wachtkamer gelegd of er werden enkele posters opgehangen."

Ons kenmerk
MEVA/ICT-3008107

Overigens merk ik hierbij op dat het hierbij niet gaat om nieuwe eisen, maar om eisen die voortvloeien uit de WBP en WGBO.

Deze regionale communicatie vindt veelal plaats via OZIS-netwerken. Vanuit de stichting OZIS zelf (de Stichting OZIS is een samenwerkingsverband van leveranciers van informatiesystemen) heb ik 13 januari jl. een brief ontvangen waarin wordt aangegeven dat op dit moment niet wordt voldaan aan de eisen (bijlage 1). OZIS geeft daarbij aan dat wanneer de eisen van de IGZ en het CBP van toepassing worden verklaard op de regionale communicatie, dit zal betekenen dat OZIS de bij haar aangesloten partijen zal adviseren de op OZIS gebaseerde communicatie niet meer te gebruiken. Zeer recent, op 26 mei (bijlage 2), hebben deze leveranciers uitgesproken op korte termijn te migreren naar de nieuwe standaarden voor aansluiting op het LSP en de huidige OZIS-standaarden af te bouwen. Op deze wijze kan men gaan voldoen aan de gestelde eisen.

In een brief van de zorgregio's aan uw Kamer (28 mei 2010) is overigens aangegeven dat zij, naast hun eigen regionale infrastructuur, waar mogelijk gebruik maken van de landelijke infrastructuur.

Op de eerste plaats omdat de grenzen van de regio's arbitrair zijn en patiënten vanzelfsprekend ook zorgverleners en zorginstellingen bezoeken buiten de regio. Op de tweede plaats omdat de landelijke EPD-infrastructuur een kwalitatief hoogwaardige en gestandaardiseerde uitwisseling van patiënteninformatie binnen en tussen regio's mogelijk maakt. Op de derde plaats omdat de landelijke infrastructuur de essentiële bouwblokken bevat voor verdere e-health ontwikkelingen, zowel nationale als regionale en lokale.

Kosten

In de bouw en het beheer van het LSP is sinds 2004 ruim 31 miljoen euro geïnvesteerd. Voor wat betreft de toekomstige kosten voor het LSP heeft Nictiz de volgende inschatting gegeven: jaarlijks 6 miljoen euro voor de exploitatie en het beheer en 3 miljoen euro voor doorontwikkeling. Dit exclusief de kosten die Nictiz hiervoor zelf binnen de organisatie maakt. Naast de investering in het LSP is in de afgelopen jaren onder andere geïnvesteerd in de ontwikkeling van de UZI-pas en het UZI-register, in de sectorale berichtenvoorziening BSN in de zorg en in pilots, onderzoeken en evaluaties om de goede werking van het landelijk EPD te borgen. Ook wordt op dit moment geïnvesteerd in de realisatie van de toegang van de patiënt tot het elektronisch dossier.

Over de optie om in plaats van landelijke uitwisseling te kiezen voor regionale uitwisseling, maar dan beter beveiligd en met hogere privacy-eisen met gebruikmaking van de landelijke EPD-standaarden, het volgende. Voor een landelijke dekking zouden zo'n 75 regionale schakelpunten nodig zijn. De praktijk laat zien dat met een regionaal schakelpunt zo'n 6 à 7 ton euro initieel gemoeid is. In bijna alle gevallen gaat het immers om nieuwe voorzieningen, omdat de OZIS-clusters



aan het eind van hun levenscyclus zijn. Daarmee zou het om een investering van de regio's van 50 miljoen euro gaan en dat is exclusief exploitatielasten en onderhoudskosten. Los van de hoge kosten voor de (zorgaanbieders in de) regio's zitten hier verder behoorlijke nadelen aan vast, onder meer voor de patiënt, die geen mogelijkheid meer heeft om op één plaats bezwaar te maken en zijn rechten uit te oefenen op het vlak van inzage. Ook zal er een lappendeken aan infrastructuur gaan ontstaan die – onvermijdelijk – onderling gaan afwijken, waarmee ook de kwalificatie van zorginformatiesystemen niet langer efficiënt op één plaats kan plaatsvinden. Voor uitwisseling tussen regio's – voor zover dat al mogelijk is – is er geen beheerder, die zorg draagt voor standaardisatie en beheer. Kortom, richten op regionale infrastructuur kan, maar dat is de nadrukkelijke verantwoordelijkheid van de regio's en de zorgaanbieders in deze regio's zelf. Daarbij dienen deze regionale netwerken aan hetzelfde niveau van beveiliging en privacy te voldoen als het landelijke kader.

Ons kenmerk
MEVA/ICT-3008107

Om tegemoet te komen aan de wens van uw Kamer om meer nadruk te leggen op de regionale uitwisseling, onderzoek ik zoals reeds aangegeven of het mogelijk is binnen de landelijke infrastructuur door de patiënt regionale begrenzing aan te brengen. Op deze wijze kan de patiënt zelf de keuze maken tussen landelijke uitwisseling of regionale uitwisseling via van de landelijke infrastructuur en wordt de keuze niet voor de patiënt gemaakt.

Toegang patiënt

Mevrouw Dupuis veronderstelde dat tot op heden niets is gedaan aan de mogelijkheid voor patiënten om inzage te hebben in hun dossier. Echter, de schriftelijke inzage door de zorgconsument in de logging en verwijzindex is al mogelijk: bij het Informatiepunt BSN in de zorg en landelijk EPD (www.infoepd.nl) kunnen burgers een overzicht opvragen van gegevens die over hen via het EPD uitgewisseld kunnen worden en door wie dat is gedaan. Aan 1400 burgers is inmiddels een dergelijk inzageoverzicht verschaft. Een voorbeeld van een inzageoverzicht treft u aan in bijlage 3.

Er wordt daarnaast momenteel gewerkt aan de realisatie van elektronische toegang van patiënten tot hun medische gegevens in het landelijk EPD, dat beschikbaar zal zijn wanneer de wet de verplichte deelname aan het EPD regelt.

In het afgelopen jaar zijn op dit vlak grote vorderingen gemaakt. Het mag duidelijk zijn dat het geen sinecure is dit Patiëntenportaal veilig, betrouwbaar en zorgvuldig in de lucht te brengen en te houden. Om dat te doen is een aantal zaken randvoorwaardelijk:

- Er dient een authenticatie-middel te zijn van een voldoende hoog beveiligingsniveau opdat alleen de burger zelf toegang heeft tot zijn gegevens en ook alleen tot zijn eigen gegevens. Hiertoe wordt door Logius een speciale variant van DigiD ontwikkeld, EPD-DigiD. Deze variant kan worden aangevraagd via de website van Digid, werkt met de SMS-functie en de uitgifte ervan vindt plaats op het postkantoor na verificatie van de identiteit van betrokkene aan de hand van een geldig legitimatiebewijs. De ontwikkeling hiervan is medio juli gereed, waarna het testen kan starten.
- Er dient een website (het "Patiëntenportaal") te worden gerealiseerd die voor de burger het portaal vormt tot zijn EPD-gegevens. Deze website dient op een bewezen veilige en correcte wijze te communiceren met het LSP en dient de gegevens die uit het LSP en via het LSP uit de bronssystemen van de zorgaanbieders worden verkregen op een juiste wijze aan de burger te tonen.



- Bij de ontwikkeling van deze website dient te worden bepaald hoe de gegevens die via het EPD door zorgaanbieders kunnen worden uitgewisseld op een voor de burger toegankelijke en begrijpelijke manier worden gepresenteerd. Hierover vindt afstemming plaats met vertegenwoordigers van Patiëntenverenigingen en het zorgveld, in de werkgroep Patiëntenportaal. In deze werkgroep hebben vertegenwoordigers zitting van de NPCF, de KNMG, de NHG, de LHV, de KNMP, VWS, Nictiz en CIBG. Via een interactieve aanpak zijn telkens delen van het Patiëntenportaal ontworpen, besproken, aangepast, besproken en vervolgens gerealiseerd.
- De ontwikkeling van het eerste deel van het Patiëntenportaal wordt begin juli afgerond, hierna kan gestart worden met de voorbereiding van het traject van testen. Gelet op het openbare karakter van dit portaal mag helder zijn dat een zeer uitgebreid testtraject is voorzien om zeker te weten dat onbevoegden geen toegang kunnen krijgen. Een belangrijk onderdeel van de testperiodes zal zijn het doorlichten van het portaal aan de hand van intensieve beveiligingstesten en het controleren en verifiëren daarvan door een onafhankelijke auditpartij.
- Vanaf begin 2011 zal het portaal in een pilotperiode worden beproefd. Hierna wordt de voorziening live gebracht, dit is medio 2011.

Ons kenmerk
MEVA/ICT-3008107

Ter illustratie worden enkele voorbeelden van schermen van het Portaal meegestuurd (bijlage 4).

Voortgang wetgevingstraject

Verschillende leden hebben vragen gesteld over de te volgen wetgevingsprocedure met betrekking tot het bij uw Kamer aanhangige wetsvoorstel tot wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg en het nog in te dienen wetsvoorstel tot wijziging van de Kaderwet elektronische zorginformatieuitwisseling. Ter verduidelijking merk ik hierover graag het volgende op.

Een tweetal bepalingen die de TK aanvankelijk als amendement wilde indienen heb ik als het wetsvoorstel tot wijziging van de Kaderwet elektronische zorginformatieuitwisseling voorgelegd aan het CBP en de Raad van State.

Als eerste ging het daarbij om een bepaling die het mogelijk maakt om misbruik van het EPD strafrechtelijk te kunnen vervolgen. Als tweede om een bepaling die regelt dat er voor de opvragende zorgaanbieder een melding in het EPD komt te staan, dat het dossier onvolledig is, indien een cliënt gegevens uit zijn EPD verwijderd zou hebben, het zogenaamde "vinkje onvolledig dossier".

Ook zonder deze twee bepalingen is het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, zoals het aan uw Kamer is voorgelegd, een volwaardig wetsvoorstel.

Hoewel het naar mijn mening voor uw Kamer zeer zeker van belang is, om bij de behandeling van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet burgerservicenummer in de zorg van de bovengenoemde bepalingen kennis te hebben genomen, is het voor de behandeling van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet burgerservicenummer in de zorg geen voorwaarde dat ze deel uitmaken van dat wetsvoorstel. Ik heb er daarom voor gekozen om deze bepalingen niet in de vorm van een novelle van het bij u voorliggende wetsvoorstel te gieten, doch in de vorm van een wijziging van de Kaderwet elektronische zorginformatieuitwisseling, zoals de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg immers zal gaan heten, op het moment dat uw Kamer het wetsvoorstel tot wijziging van deze wet in verband met



de elektronische informatieuitwisseling in de zorg heeft aangenomen. Ik zal deze wijziging van de Kaderwet op korte termijn indienen bij de Tweede Kamer.

Ons kenmerk
MEVA/ICT-3008107

Daarnaast is het naar mijn mening voor uw Kamer van belang om te weten dat ook de adviezen van het CBP en de Raad van State op het concept-Besluit tot wijziging van het Besluit gebruik burgerservicenummer in de zorg, het wenselijk maken om het aan u voorgelegde wetsvoorstel, zodra het eenmaal wet geworden is, op één punt te wijzigen. Het gaat daarbij om de bepaling waarbij het zorgverzekeraars verboden wordt toegang te zoeken tot het LSP en gegevens te verwerken in het EPD. In deze bepaling is een uitzondering opgenomen voor zorgverzekeraars. Zij zouden wel gegevens mogen verwerken in het EPD indien dit noodzakelijk zou zijn voor de uitvoering van hun zorgverzekeringen of hun wettelijke taak. Daarmee wordt het voor zorgverzekeraars die zorg in natura leveren niet onmogelijk gemaakt om deze zorg zelf aan hun verzekerden te leveren. De opmerkingen van het CBP en de Raad van State hebben echter aanleiding gegeven tot heroverweging van deze bepaling. Ik heb besloten om de uitzondering in de bepaling te schrappen en voor zorgverzekeraars een totaalverbod op toegang tot het LSP en het verwerken van gegevens in het EPD in te stellen. Deze wijziging wil ik om wetgevingseconomische redenen meenemen in het bovengenoemde (nog bij de Tweede Kamer in te dienen) voorstel van wet tot wijziging van de Kaderwet elektronische zorginformatieuitwisseling.

Naast deze wijziging zie ik zoals reeds in mijn brief van 6 mei gemeld de regionale begrenzing binnen de landelijke infrastructuur door patiënt. Ik wil daarbij wel opmerken dat de Tweede Kamer daar uiteraard ook nog over geconsulteerd dient te worden, indien dit leidt tot wijziging van wetgeving.

31466 J – de motie van het lid Dupuis c.s. inzake een nieuwe procedure voor toestemming respectievelijk weigering door burgers inzake opname in het dossier

Voorafgaand aan de landelijk mailing in november 2008 heb ik u op 5 september 2008 de conceptbrief aan burgers en bijbehorende folder doen toekomen met daarbij mijn aankondiging deze te verzenden. Er is gekozen voor een landelijke mailing in november 2008 om iedere burger te informeren over het landelijke EPD voorafgaand aan de invoering.

De landelijke EPD-mailing is gemeten door Intomart GfK. De resultaten van het onderzoek gaven een kwaliteitsscore van 97,8%. Uit dit cijfer leid ik af dat de verspreiding goed is verlopen, incidenten – zoals genoemd door het lid Dupuis – daargelaten. De formulering van de brief heeft zorgvuldig plaatsgevonden en is uitvoerig getest en beoordeeld op leesbaarheid en juistheid. De constatering dat achteraf zou zijn gebleken dat de gegeven informatie onjuist was, onderschrijf ik dan ook niet.

Tijdens het algemeen overleg in de Tweede Kamer van 11 september 2008 is uitgebreid van gedachten gewisseld over de tijd die eventueel zou zitten tussen de voorlichtingscampagne van 1 november 2008 en het moment dat voor een burger daadwerkelijk de medische gegevens zouden worden aangemeld. Daarom heb ik destijds besloten om op het moment dat de gegevens van een burger voor het eerst door een zorgaanbieder worden aangemeld, de desbetreffende burger opnieuw een brief ontvangt met de mededeling dat zijn gegevens via het EPD beschikbaar zijn. Het betreft een persoonlijke brief op naam en adres van het Informatiepunt BSN in de zorg en landelijk EPD. Met deze tweede brief wordt



iedereen persoonlijk benaderd en wordt nogmaals gewezen op de mogelijkheid om niet deel te nemen aan het EPD.

Ons kenmerk
MEVA/ICT-3008107

In dit licht raad ik de door het lid Dupuis c.s. ingediende motie af.

31466 K – de motie van het lid Tan c.s. inzake de opschorting van de voorbereidende activiteiten voor het EPD en specifiek de ontwikkeling van en investering in het LSP

Op dit moment sluiten zorgaanbieders vrijwillig aan op het landelijk schakelpunt. Opschorting van voorbereidende activiteiten zou deze vrijwillige aansluiting belemmeren. De landelijke uitwisseling voldoet aan de eisen van de WGBO en WBP. Zoals ik hiervoor heb aangegeven, voldoet regionale communicatie in veel gevallen niet aan deze eisen en er zal door de leveranciers niet aan gewerkt worden om deze regionale communicatie te verbeteren. Daarentegen wordt ingezet op een migratie naar de landelijke standaarden. Uw motie ontnemt de zorgaanbieders en de zorgregio's de kans om over te gaan op het landelijk systeem. Uw motie betekent mijns inziens voorts dat de huidige regionale communicatiesystemen per direct uit de lucht moeten worden gehaald omdat deze niet voldoen aan de eisen en er ook geen zicht is op een alternatief voor de landelijke infrastructuur, waarmee de communicatie wel voldoet aan de eisen van het WGBO en de WBP. Het zou er op neerkomen dat communicatie in de zorg stagneert en daarmee komt de kwaliteit, continuïteit en de patiëntveiligheid in het geding. Ergo, uw motie leidt tot de stagnatie van de verdere uitrol van een juist veilige infrastructuur. De voor-bereiding, ontwikkeling en invoering van de landelijke infrastructuur is een traject waar op uitdrukkelijke wens van het veld én de Tweede Kamer al jaren hard aan gewerkt is en waarover periodiek is gerapporteerd. U wenst deze ontwikkeling nu stil te leggen. Tevens betekent het dat de verdere ontwikkeling van het verschaffen van elektronische toegang tot de gegevens voor patiënten zelf moet worden stopgezet.

Zoals ik reeds in het debat van 1 juni heb aangegeven raad ik deze motie dan ook af.

31466 L – de motie van het lid Slagter-Roukema c.s. inzake het verzoek een communicatieplan op te stellen in overleg met de relevante veldpartijen waarin de stand van zaken wordt toegelicht en duidelijkheid wordt gegeven over het vervolgtraject

In de motie van het lid Slagter-Roukema c.s. wordt aangevoerd dat de ontwikkeling van het landelijk EPD geen wettelijke basis heeft. En voorts dat, sinds op 1 november 2008 aan alle huishoudens in Nederland een brief over het EPD is verstuurd, er veel is veranderd waardoor het voor burgers veelal onduidelijk zou zijn waartegen bezwaar is aangetekend dan wel of bezwaar aantekenen nog mogelijk is. Zoals ik eerder al in deze brief heb aangegeven, is er geen juridische belemmering voor zorgaanbieders om (op vrijwillige basis) aan te sluiten op het LSP.

Ik ben niet van mening dat er sinds het verzenden van de brief op 1 november 2008 dusdanige veranderingen ten aanzien van de ontwikkeling en implementatie van het landelijk EPD hebben plaatsgevonden dat het voor burgers onduidelijk zou zijn waartegen bezwaar is aangetekend. Bovendien worden burgers wiens gegevens voor het eerst zijn aangemeld bij het LSP door middel van een persoonlijke brief er nogmaals op gewezen (zoals ik eerder al in deze brief heb



aangegeven) dat de mogelijkheid bestaat om bezwaar te maken tegen uitwisseling van hun medische gegevens via het LSP.

Ons kenmerk
MEVA/ICT-3008107

Duidelijke en objectieve informatievoorziening aan zorgconsumenten én zorgverleners is een voortdurend punt van aandacht. De communicatiemiddelen die tot nu toe zijn ingezet (waaronder brieven, folders, etc), zijn dan ook steeds getest op duidelijkheid en begrijpelijkheid. Ook via het Informatiepunt BSN in de zorg en landelijk EPD (www.infoepd.nl) wordt uitgebreid voorzien in informatie over het landelijk EPD. Burgers kunnen er terecht voor algemene vragen over het landelijk EPD, kunnen een overzicht opvragen van gegevens die over hen via het EPD uitgewisseld kunnen worden en door wie dat is gedaan en kunnen er terecht voor het opvragen van een bezwaarformulier.

Er wordt op dit moment reeds gewerkt aan een (verdere) communicatiestrategie voor het landelijk EPD met het oog op de voorbereidingen van de realisatie van elektronische toegang van patiënten tot hun medische gegevens in het landelijk EPD. Dit plan zal worden afgestemd in de eerder genoemde werkgroep waarin de veldpartijen en de NPCF zijn betrokken. Langs deze lijn wil ik graag invulling geven aan deze motie.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,



dr. A. Klink