

Vergaderjaar 2020–2021

27 529

Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg

Nr. 230

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 december 2020

De afgelopen jaren is er op meerdere fronten voortgang geboekt met de digitalisering van de gezondheidszorg. Samen met het zorgveld werk ik toe naar de juiste zorg op de juiste plek op het juiste moment met de juiste informatie. Elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgverleners is daarin essentieel. Het gaat immers om de communicatie tussen zorgverleners en de snelle beschikbaarheid van de juiste informatie voor zowel behandelaars als patiënten. De COVID-19-pandemie onderstreept dit belang. Ik zet me in voor de beschikbaarheid van, het vertrouwen in en de zeggenschap van burgers over hun medische informatie en de uitwisseling daarvan.

In het algemeen overleg gegevensuitwisseling/ ICT/ E-health / slimme zorg/ administratieve lasten (hierna: het AO gegevensuitwisseling) van 8 oktober jl. heb ik uw Kamer toegezegd om u schriftelijk te informeren over mijn prioriteiten op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling in de resterende kabinetsperiode. In deze brief geef ik aan hoe ik de komende maanden:

- nog meer regie neem om te komen tot een versnelling van elektronische gegevensuitwisseling. Hierbij ga ik nader in op de uitvoering van de motie van de leden Van den Berg (CDA) en Kerstens (PvdA) (Kamerstuk 27 529, nr. 222) die naar aanleiding van het voornoemde algemeen overleg is aangenomen en die verzoekt om meer publieke regie en sturing op de landelijke ICT-infrastructuur en aanpalende voorzieningen.
- onverminderd doorga met het beschikbaar krijgen van noodzakelijke gegevens voor de acute zorg; en
- prioriteit geef aan een toekomstbestendige beleidslijn ten aanzien van grondslagen voor het delen van gegevens tussen zorgverleners en het verlenen van toestemming door burgers.

Met deze brief geef ik tevens invulling aan de toezegging om schriftelijk terug te komen op enkele vragen die tijdens het Algemeen Overleg gegevensuitwisseling zijn gesteld. Ik stuur deze brief ook naar de Eerste Kamer.

Prioriteiten elektronische gegevensuitwisseling

Mijn ambitie blijft onverminderd groot: het volledige elektronisch laten verlopen van bestaande gegevensuitwisselingen, waardoor de juiste informatie op de juiste plek beschikbaar is voor zorgverleners en daarnaast patiënten hun eigen gegevens digitaal kunnen inzien en beheren. Zowel tussen instellingen als binnen instellingen moet digitaal het nieuwe normaal worden (Kamerstuk 27 529, nr.166). Of het nu gaat om digitale uitwisseling of uitwisseling op papier, als het gaat om privacy doe ik geen concessies. Samen met het zorgveld werk ik aan een toekomstbestendige gegevensuitwisseling in de gezondheidszorg waarin het de norm is dat systemen met elkaar kunnen praten (interoperabiliteit), de keuzevrijheid voor zorgaanbieders bij het kiezen van een ICT-systeem geborgd blijft en dit tegen acceptabele maatschappelijke kosten gebeurt. Dat lijkt een overzichtelijke doelstelling. Maar er komt veel bij kijken en het kost veel tijd. Als samenleving willen we zeggenschap voor burgers over hun eigen data, waarborging van privacy, een gelijk speelveld voor leveranciers en werken met open standaarden voor ICT-systemen zodat keuzevrijheid en innovatie worden gestimuleerd. Over dit onderwerp zal ik uw Kamer separaat informeren. Om deze ambitie op redelijke termijn te kunnen realiseren, is meer en andere publieke regie nodig dan tot nu toe. Met name waar het gaat om randvoorwaardelijke infrastructuur en voorzieningen, de beschikbaarheid van gegevens in de acute zorg en het beleid ten aanzien van grondslagen voor het delen van gegevens.

Publieke regie en sturing

Wettelijk kader en stimuleringsregelingen

Afgelopen oktober sprak ik met uw Kamer over het bevorderen van elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Er is een toenemende vraag van patiënten en medewerkers in de zorg om beter, simpeler en sneller medische gegevens te kunnen uitwisselen en inzien. Daarbij is er vanuit het zorgveld, uw Kamer en mijzelf behoefte aan meer en stevigere regie door het kabinet. Dit is onder andere verwoord in de motie van het lid Aukje De Vries c.s. (Kamerstuk 29 515, nr. 432), de motie van het lid Ellemeet (Kamerstuk 29 515, nr. 427), de motie van het lid Raemakers c.s. (Kamerstuk 35 000 XVI nr. 46) en de motie van de leden Van den Berg en Kerstens (Kamerstuk 27 529, nr. 222). Ook de Sociaaleconomische Raad (SER) heeft onlangs in een verkenning gewezen op de kansen op maatschappelijke winst bij het nemen van meer regie¹.

Meer publieke regie vraagt om meer publieke betrokkenheid. Zowel vanuit het kabinet als door actieve deelname van patiënten. De afgelopen jaren is deze handschoen opgepakt. Met de versnellingsprogramma's informatie-uitwisseling patiënt en professional (VIPP) zijn er diverse stimuleringsregelingen in het leven geroepen om de uitwisseling van gegevens tussen zorgaanbieders en van de zorgverlener naar de patiënt te bevorderen. Hiertoe is tot nu toe 442,5 miljoen euro gereserveerd in de periode 2017–2022. Momenteel werk ik samen met het zorgveld aan een VIPP-subsidieregeling Farmacie die ik verwacht in 2021 open te kunnen stellen. Voor deze regeling heb ik een aanvullend bedrag van 86 miljoen euro gereserveerd.

¹ SER (2020). Zorg voor de toekomst: over de toekomstbestendigheid van de zorg.

Naast stimulering van digitalisering is er ook veel werk verzet om tot een wetsvoorstel te komen dat elektronische gegevensuitwisseling verplicht stelt en regelt dat zorgaanbieders een eenduidige wijze van elektronische uitwisseling van gezondheidsgegevens toepassen. Het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) ligt nu voor advies voor bij de Raad van State. Ik streef ernaar het wetsvoorstel voor het verkiezingsreces aan de Tweede Kamer aan te bieden, hoewel dit afhankelijk is van het moment van aanbidding van het advies van de Raad van State en de benodigde tijd voor verwerking van dit advies. Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om bij AMvB gegevensuitwisselingen aan te wijzen die vanaf een bepaald moment – eventueel volgens nader te stellen eisen aan taal en techniek – ten minste elektronisch moeten plaatsvinden. Bij het al dan niet de aanwijzen van een gegevensuitwisseling, moet rekening gehouden worden met een aantal aspecten waaronder de onderlinge samenhang met bestaande programma's van het zorgveld, VIPP-programma's en overige (beleids)initiatieven van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de diversiteit en omvang van het speelveld.

Ik zet mij in om vier van de prioritaire gegevensuitwisselingen – zijnde digitaal receptenverkeer, basisgegevensset zorg (BGZ), beelduitwisseling en verpleegkundige overdracht- uit te werken tot een AMvB waarin elektronische uitwisseling een wettelijke verplichting wordt. Deze wettelijke verplichting is bedoeld als een sluitstuk, het veld moet hier immers aan kunnen voldoen. Zo geldt voor digitaal receptenverkeer dat ondanks dat er veel gebeurt, het zorgveld en de leveranciers nog niet dusdanig gereed zijn dat wettelijke verplichting op korte termijn verantwoord is. De daadwerkelijke wettelijke verplichting op basis van deze norm komt daarmee pas rond 2026 te liggen. Ik informeer u, conform toezegging, bij de aanbidding van de Wegiz aan uw Kamer nader over de voortgang en het tijdpad van de wettelijke verplichting voor digitaal receptenverkeer (Kamerstuk 27 529, nr. 219). Maar de verplichting komt er wel degelijk en werpt ook nu al de schaduw vooruit. Wettelijke verplichting vormt namelijk het slotakkoord van omvangrijke trajecten zoals eOverdracht en Medicatieoverdracht. Deze trajecten gaan onverminderd door en zijn gericht op het gaan voldoen aan de naderende wettelijke verplichting.

Het is mijn streven om ook op de korte termijn te komen tot wettelijke verplichtingen. Daarom kijk ik ook naar de andere uitwisselingen op de meerjarenagenda Wegiz. Het is mijn voornemen om voor uitwisselingen die korter na de inwerkingtreding van de Wegiz wettelijk verplicht kunnen worden, op korte termijn een AMvB traject op te starten. Daartoe wordt een selectie gemaakt binnen de eerder aangedragen uitwisselingen door het zorgveld. Ik verwacht u in de loop van 2021 te informeren over de geactualiseerde meerjarenagenda Wegiz en de termijnen waarop wettelijke verplichting zou kunnen plaatsvinden.

Infrastructuur en randvoorwaardelijke voorzieningen

Op het gebied van elektronische gegevensuitwisseling is door mijn voorganger al het nodige in gang gezet. Daarbij was de ruimte om regie te voeren op het gebruik van de bestaande centrale infrastructuur, zoals het Landelijk Schakelpunt (LSP), en aanpalende voorzieningen tot nog toe

beperkt². Landelijke beschikbaarheid van infrastructuur en randvoorwaardelijke voorzieningen kan het elektronisch uitwisselen van gegevens versnellen. Op de lange termijn wil ik dit realiseren door het gebruik van open standaarden en het borgen van keuzemogelijkheid op het gebied van ICT-producten voor zorginstellingen.

Om ook op de korte termijn een slag te slaan, wil ik actiever regie voeren dan tot nog toe het geval was. Met de motie van de leden Van den Berg en Kerstens (Kamerstuk 27 529, nr. 222) ontstaat meer handelingsruimte om zowel voor de korte als de lange termijn tot oplossingen te komen. Bovendien is er breed draagvlak ontstaan bij zorgaanbieders en bij branche- en koepelorganisaties om beter gebruik te maken van de bestaande mogelijkheden voor het delen van gegevens. In het nemen van meer regie is mijn focus gericht op het op orde brengen van de randvoorwaarden om elektronische gegevensuitwisseling mogelijk te maken. Daarbij zie ik ook waar ten aanzien van de randvoorwaarden een meer normerende, sturende rol vanuit mijn stelselverantwoordelijkheid voor de zorg gewenst is. In dat kader verken ik in hoeverre voor de korte termijn gebruik gemaakt kan worden van het LSP voor gegevensuitwisseling bij spoed en hoe een actueel medicatieoverzicht beschikbaar kan worden gesteld (Kamerstuk 27 529, nr. 219) en tegelijkertijd de route naar de toekomst open blijft.

Bovendien bekijk ik of het wenselijk is om vanuit mijn verantwoordelijkheid een aantal specifieke bestaande of nieuwe randvoorwaardelijke voorzieningen voor gegevensuitwisseling onder publieke sturing te brengen zodat deze landelijk door zorginstellingen en patiënten kunnen worden gebruikt. Het gebruik van dergelijke voorzieningen wordt daarmee de facto onontkoombaar. Ook hier moet publieke sturing borgen dat het pad naar de gewenste situatie – waarin sprake is van keuzevrijheid voor zorgaanbieders waar het kan – open blijft. Minimale vereisten zijn dat een dergelijke randvoorwaardelijke voorziening voldoet aan de vigerende wet- en regelgeving en een versnellend effect heeft op de totstandkoming van het informatiestelsel in de zorg. De keuze om gebruik te maken van hetgeen er al is, betekent ook dat ik die keuze periodiek herijk op weg naar een ICT-landschap in de zorg dat innovatief en adaptief is.

Samenvattend zal ik de komende maanden bezien hoe ik meer regie en sturing kan nemen op de landelijke infrastructuur en inventariseren welke randvoorwaardelijke voorzieningen kwalificeren als noodzakelijk om tot versnelling van gegevensuitwisseling te komen. Hiertoe zal ik een afwegingskader ontwikkelen. Ik betrek hierbij de suggesties die een groot aantal koepel- en brancheorganisaties mij onlangs in het Informatieberaad heeft gedaan en waarin ook door het Informatieberaad verder uitwerking aan wordt gegeven.

Ik zal uw Kamer in de zomer van 2021 informeren over de uitkomsten en meenemen in mijn overwegingen over de wijze van totstandkoming van de randvoorwaardelijke voorzieningen en de invulling van mijn publieke sturing hierop. Daarnaast zal ik onder meer het gesprek aangaan met de beheerder van het LSP, de **Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ)**. Daarin zal ik de wens van uw Kamer onder de aandacht brengen dat de Patiëntenfederatie twee zetels in het bestuur van VZVZ krijgt, er een door mij benoemde onafhankelijk voorzitter komt

² De Eerste Kamer had zich hier immers expliciet over uitgesproken door in 2011 het toenmalige wetsvoorstel dat regels stelde omtrent de infrastructuur en inrichting van een landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) (Kamerstuk 31 466, A) te verwerpen en met de motie van het lid Tan (Kamerstuk 31 466 nr. X) te verzoeken om alle vormen van samenwerking vanuit het kabinet op het gebied van het LSP te beëindigen. Uw Kamer heeft aanvullend met de motie van de leden Van Kooten-Arissen en Hijink (Kamerstuk 27 529, nr. 174) verzocht ervoor zorg te dragen dat het LSP geen verplichte infrastructuur wordt voor enig zorgproces.

en zal ik de mogelijkheden bespreken om spoedig tot end-tot-end versleuteling te komen.

Acute zorg

Juist wanneer acute zorg moet worden verleend is het belangrijk dat essentiële medische gegevens snel opvraagbaar zijn, zoals ziektes waaraan een patiënt lijdt, ernstige psychologische aandoeningen, medicijngebruik, recente laboratoriumuitslagen en allergieën. Elektronische gegevensuitwisseling is hiervoor cruciaal.

De COVID-19-crisis stelt de acute zorg hierbij voor extra uitdagingen. Om die reden is de zogenaamde Corona Opt-in in maart 2020 in het leven geroepen. U bent hierover eerder geïnformeerd door de Minister van VWS (Kamerstuk 25 295, nrs. 199, 219, 249 en 386). Deze tijdelijke gedoogmaatregel heeft, samen met enkele technische aanpassingen, mogelijk gemaakt dat ook gegevens van patiënten die nog niet expliciet toestemming hiervoor hebben gegeven, te raadplegen zijn op de huisartsenpost of spoedeisende hulp. De gedoogmaatregel wordt omgezet in een tijdelijke AMvB. Een voorstel hiertoe ligt voor advies bij de Autoriteit Persoonsgegevens. Ik verwacht de AMvB deze winter aan uw Kamer te kunnen sturen. Tot inwerkingtreding van de AMvB blijft de gedoogconstructie van kracht. Daarbij heb ik financiering beschikbaar gesteld om te komen tot een duurzamere oplossing van de Corona Opt-in. De noodzaak om te komen tot de Corona Opt-in heeft nogmaals het belang onderstreept van een duurzame oplossing voor gegevensuitwisseling bij spoedzorg. Afgelopen oktober is het programma Met Spoed Beschikbaar gestart, waarbinnen betrokken koepelorganisaties samenwerken met als doel om de richtlijn «Gegevensuitwisseling tussen huisarts, huisartsenpost, ambulancedienst en spoedeisende hulp» te implementeren. Ik financier dit programma mede en lever expertise vanuit mijn ministerie. In een aparte Kamerbrief in het eerste kwartaal van 2021 zal ik uw Kamer verder informeren over de stappen richting een duurzame oplossing voor gegevensuitwisseling bij acute zorg. In deze brief zal ik bovendien aangeven hoe ik uitvoering geef aan de motie Raemakers over de meerwaarde van een campagne voor toestemmingverlening bij spoed (Kamerstuk 27 529, nr. 224).

Grondslagen voor het elektronisch uitwisselen van gegevens

Burgers moeten op eenvoudige en eenduidige wijze toestemming kunnen geven om hun eigen patiëntgegevens over te dragen wanneer dat nodig is (conform de motie van de leden Van den Berg en Raemakers, Kamerstuk 27 529, nr. 172). Zorgverleners hebben de plicht tot geheimhouding; het medisch beroepsgeheim. Dit medisch beroepsgeheim is geregeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en in het Burgerlijk wetboek (de WGBO). De plicht om te zwijgen kent uitzonderingen. Bijvoorbeeld als de patiënt toestemming heeft verleend. Voor het kunnen geven van toestemming moet de patiënt goed geïnformeerd zijn (Kamerstuk 27 529, nr. 192). Ik wil voor gegevensuitwisseling bij spoed en bij medicatieoverdracht verkennen of ik op korte termijn kan inzetten op het hergebruik van bestaande toestemmingen en het gebruik van bestaande infrastructures. Tegelijkertijd vind ik het van belang dat ook decentrale infrastructures gebruikt kunnen worden, zodat de keuzevrijheid voor zorgaanbieders en patiënten op de lange termijn is geborgd. Bovendien wil ik bezien of ik door bijvoorbeeld de inzet van communicatiemiddelen meer duidelijkheid kan creëren voor zorgverleners en burgers over de wet- en regelgeving.

Het komt regelmatig voor dat medische informatie van patiënten voor een zorgverlener niet beschikbaar is omdat de patiënt nog geen toestemming

heeft gegeven voor het inzien van de betreffende gegevens. Bijvoorbeeld omdat niet alle zorgverleners en burgers zich er van bewust zijn dat naast toestemming voor het delen van medische gegevens ook toestemming nodig kan zijn voor beschikbaarstelling van gegevens van een cliënt via een elektronisch uitwisselingsysteem. Dit is geregeld in de wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wavpz). Ik vind het echter onwenselijk als voor het elektronisch uitwisselen van gegevens vaker toestemming moet worden gevraagd dan voor gegevensuitwisseling op papier. Ook mag zonder die toestemming geen achteruitgang optreden ten opzichte van de huidige praktijk.

Daar waar toestemming van de patiënt nodig is, wil ik toewerken naar een situatie waar de burger het verlenen van toestemming om deze gegevens elektronisch uit te wisselen vanuit één plek kan regelen. De bedoeling is dat de patiënt toestemming geeft op het moment dat het nodig is en deze toestemming volgt vervolgens de benodigde zorg. Op deze manier kan de patiënt in het gesprek met de zorgverlener bepalen welke informatie op dat moment nodig is en op geïnformeerde wijze beslissen welke informatie er tussen zorgverleners gewisseld mag worden. En is voor de zorgverlener helder waar de burger deze toestemming eenduidig bijhoudt.

Om meer helderheid te bieden over het verlenen van toestemming bij elektronische gegevensuitwisseling, wil ik de komende maanden benutten om tot een overkoepelende beleidslijn te komen. Hierbij zal ik, zoals toegezegd in het AO gegevensuitwisseling van 8 oktober jl. (Kamerstuk 27 529, nr. 221), ingaan op de toepasbaarheid van de Estse wijze van toestemmingverlening (opt-out) en de mogelijkheden van de toestemmingsvoorziening Mitz als randvoorwaardelijke voorziening. Ook zal ik aangeven hoe het vraagstuk rondom toestemming in de acute zorg in deze bredere context past. Het uitgangspunt blijft onverkort dat de digitale situatie geen achteruitgang mag zijn ten opzichte van de analoge.

Toezeggingen en uitvoering amendement Van den Berg/Veldman

In het AO gegevensuitwisseling is een aantal onderwerpen de revue gepasseerd waar ik heb toegezegd schriftelijk op terug te komen. Het gaat om een stand van zaken van de heroverweging van het vitaal verklaren van de zorg, de kans op overnames uit het buitenland en over de positie van de Autoriteit Persoonsgegevens in relatie tot gedragscodes voor het omgaan met persoonsgegevens. Daarnaast heeft mijn ambtsvoorganger u eerder toegezegd te bezien of aanvullende acties benodigd zijn inzake handelingsverlegenheid bij artsen het delen van medische informatie. Eveneens zal ik aangeven waar we staan met de uitvoering van het amendement Van den Berg/Veldman (Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 28) om cross-sectorale gegevensuitwisseling in de regio te stimuleren.

Vitale infrastructuur

Uw Kamer vroeg mij eerder dit jaar bij motie van het lid Van den Berg (Kamerstuk 30 821, nr. 103) waarom de gezondheidszorg nog niet als vitale infrastructuur is aangemerkt. Dit verzoek werd in het Algemeen Overleg van 8 oktober jl. herhaald, waarbij ook aandacht werd gevraagd voor het scenario waarin buitenlandse investeerders Nederlandse ziekenhuizen opkopen. In de brief aan uw Kamer inzake Informatieveiligheid en Privacy in de zorg (Kamerstuk 27 529, nr. 193) en tijdens het AO Gegevensuitwisseling van 9 oktober 2019 (Kamerstuk 27 529, nr. 195) heeft mijn ambtsvoorganger aangegeven te verkennen of het nodig is een herbeoordeling te doen van het besluit om de zorg niet als vitale sector aan te merken. Uit de verkenning is gebleken dat een herbeoordeling wenselijk is.

Met uw Kamer wordt de vitaliteitsbeoordeling van de zorg tot nu toe besproken in het kader van informatiebeveiliging. De bescherming van de vitale infrastructuur ziet echter op meer aspecten. Mede door de COVID-19-crisis, die aantoont hoe ook niet-digitale dreigingen de maatschappij kunnen ontwrichten, wil ik de vitaliteit van de zorg opnieuw beoordelen.

Ik ga deze beoordeling voorbereiden en met de sector uitvoeren. Ik start hier zo snel mogelijk mee maar door de COVID-19-crisis ben ik genoodzaakt het gesprek met de sector uit te stellen tot tenminste begin volgend jaar, ervan uitgaande dat de COVID-19 crisis tegen die tijd meer beheersbaar is en er voldoende ruimte is voor een dergelijke vitaliteitsbeoordeling. Zorgvuldigheid is immers geboden.

Deze vitaliteitsbeoordeling kan tot gevolg hebben dat specifieke processen of aanbieders in de zorg vitaal worden verklaard. Hierbij heb ik oog voor de regeldruk voor de zorgverleners. Ondertussen blijf ik inzetten op betere Informatieveiligheid in de zorg en blijf ik Z-CERT ondersteunen, wat het zorgveld kan bijstaan bij cyber-incidenten. De Informatieveiligheid wil ik immers zo goed mogelijk ondersteunen, ook bij niet-vitale aanbieders in de zorg.

Buitenlandse investeerders

Ik zie uw zorg over buitenlandse investeerders op de Nederlandse zorgmarkt. De Minister van EZK werkt samen met de Minister van JenV aan de uitwerking van een brede investeringstoets op risico's voor de nationale veiligheid. Hiervoor wordt nieuwe wetgeving voorbereid die specifiek ziet op zeggenschap over en invloed op organisaties die een rol spelen in de vitale infrastructuur van Nederland.

Gedragscodes persoonsgegevens

Daarnaast is door uw Kamer aangegeven dat er onduidelijkheid bestaat over de bevoegdheid van de Autoriteit Persoonsgegevens om gedragscodes goed te keuren voor de wijze waarop een branche of sector omgaat met persoonsgegevens. Artikel 40, vijfde lid van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) geeft de Autoriteit Persoonsgegevens de bevoegdheid om gedragscodes goed te keuren. Een branche of sector die een gedragscode heeft opgesteld, kan aan de Autoriteit Persoonsgegevens vragen om deze goed te keuren. De Autoriteit gaat hiertoe over wanneer aan de eisen wordt voldaan. Het is hierbij vooral belangrijk dat de gedragscode een concrete uitwerking van de AVG biedt. In een dergelijke gedragscode worden de algemene normen uit de AVG immers concreter gemaakt. Deze zomer is voor het eerst een gedragscode goedgekeurd. Het gaat om de code van branchevereniging NL digital. Het is aan de branche of sector een gedragscode voor te leggen en wanneer dat gebeurt. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft immers al sinds de inwerkingtreding van de AVG de bevoegdheid een gedragscode goed te keuren.

Handelingsverlegenheid bij het delen van informatie

Tijdens een eerder AO is handelingsverlegenheid bij artsen voor het delen van informatie aan de orde gekomen als mogelijk knelpunt in de zorgverlening. Mijn voorganger heeft destijds toegezegd te bezien of hier meer aandacht voor nodig is, bijvoorbeeld door het organiseren van een bijeenkomst, en het gesprek aan te gaan met het zorgveld. Dit is inmiddels een jaar geleden en ik zie dat verbetering is opgetreden; de AVG is beter geland in het zorgveld. Het is duidelijker geworden wat er allemaal wél mag en kan onder de privacywetgeving. Betrokken partijen hebben aangegeven dat de wens en noodzaak voor een bijeenkomst niet langer

aanwezig zijn. Echter, ter bevordering van de kennis van de privacywetgeving in de dagdagelijkse zorgpraktijk, heeft de AVG-Helpdesk het thema

«handelingsverlegenschap in de zorg» de komende tijd als speerpunt benoemd. Daarmee wil ik bijdragen aan het vergroten van de bewustwording en compliance en is wat mij betreft aan het gedachtegoed achter de gedane toezegging voldaan.

Cross-sectorale gegevensuitwisseling in de regio

Een ander knelpunt dat uw Kamer bij mijn voorganger onder de aandacht heeft gebracht is de totstandkoming van gegevensuitwisseling tussen verschillende zorgdomeinen. Conform het amendement Van den Berg/Veldman, is dit jaar 1 miljoen euro beschikbaar om regionale pilots die gericht zijn op cross-sectorale gegevensuitwisseling in de regionale ketenzorg te stimuleren (Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 28). Zo ben ik gestart met het ondersteunen van de ontwikkeling van een digitaal regionaal zorgplatform in de provincie Zeeland. De ambitie van de initiatiefnemers is om via dit platform cross-sectorale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en patiënten in Zeeland op termijn mogelijk te maken. De voorbereidingen voor drie pilots vinden nu plaats. De uitvoering van de pilots staat gepland in 2021. Het is de bedoeling dat de uitkomsten ook door andere (dunbevolkte) regio's gebruikt kunnen worden om zo tot een betere uitwisseling van gegevens te komen. Het onlangs aangenomen amendement Van den Berg c.s. (Kamerstuk 35 570 XVI, nr.61) zal ik ten behoeve van deze opschaling inzetten.

Tot slot

De huidige COVID-19 crisis weergeeft het belang van goede samenwerking tussen de verschillende zorgverleners in het veld. Een veilige, snelle en gebruiksvriendelijke vorm van gegevensuitwisseling is hierin cruciaal. De resterende kabinetsperiode heeft het versterken van dit proces middels meer publieke regie en sturing mijn prioriteit zodat elektronische gegevensuitwisseling ondersteunend is aan de vraag van patiënten en zorgverleners. Met name in acute situaties moeten essentiële gegevens snel toegankelijk zijn. Het is mijn bedoeling ervoor te zorgen dat deze intenties worden vertaald naar de praktijk. Door de elektronische gegevensuitwisseling af te stemmen op de zorg, voor de zorg.

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark