

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1807

Vragen van het lid **Van den Berg** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *digitalisering in de zorg* (ingezonden 13 februari 2023).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 9 maart 2023).

Vraag 1

Kent u het bericht «Platform revolutie in de zorg», «VWS gaat voor data beschikbaarheid in 2035», en het platform OpenEHR?^{1, 2, 3}

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Klopt het dat diverse landen gebruikmaken van de internationale standaard openEHR? Kunt u aangeven wat openEHR voor de Nederlandse zorgmarkt zou kunnen betekenen? Wordt openEHR ergens in Nederland al toegepast?

Antwoord 2

Ja, het klopt dat in diverse landen gebruik gemaakt wordt van openEHR. OpenEHR is een standaard voor informatiemodellering voor opslag van zorgdata. Daarnaast zijn er ook andere (internationale) standaarden voor informatiemodellen beschikbaar, zoals bijvoorbeeld de zorginformatiebouwenstenen. Deze worden naast elkaar gebruikt in Nederland, waarbij openEHR beperkt wordt toegepast. Op dit moment is Nictiz met veldpartijen bezig deze standaarden te vergelijken en zo uit te zoeken of, en zo ja, welke rol ze kunnen spelen op de Nederlandse zorgmarkt.

Vraag 3

Wordt bij de besteding van transitiegelden, ten behoeve van de verdere uitrol van digitalisering van gegevensuitwisseling in de zorg, gedacht aan nieuwe Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt & Professional (VIPP)-regelingen? Zo ja, in welke domeinen? Kunt u aangegeven met een

¹ KPMG, 10 februari 2023, «Platform revolutie in de zorg» (<https://kpmg.com/nl/nl/home/insights/2023/01/platform-revolutie-in-de-zorg.html>).

² Zorgvisie, 23 januari 2023, «VWS gaat voor data beschikbaarheid in 2035» (<https://www.zorgvisie.nl/podcast/podcast-vws-gaat-voor-databeschikbaarheid-in-2035/>).

³ openEHR (https://www.openehr.org/about_us).

overzicht wat de huidige VIPP-regelingen zoals babyconnect hebben gekost en concreet hebben opgeleverd?

Antwoord 3

Er lopen op dit moment nog vier VIPP-regelingen. Dit zijn een regeling voor de huisartsen (VIPP OPEN 75 miljoen), de medisch specialistische zorg (VIPP 5 75 miljoen), de verpleegkundige overdracht (VIPP Inzicht circa 30 miljoen) en geboortezorg (Babyconnect 30 miljoen). De programma's zijn gericht op ontsluiting van medische gegevens richting patiënt en in sommige gevallen ook op de gegevensuitwisseling tussen instellingen onderling. De regelingen zijn implementatieprogramma's.

Met de VIPP-programma's voor de huisartsen en de medisch specialistische zorg kunnen bijna alle huisartsen en instellingen voor medisch specialistische zorg in Nederland gegevens delen met hun patiënten (via een persoonlijke gezondheidsomgeving en portaal). Het VIPP programma voor de medisch specialistische zorg is er daarnaast op gericht om de uitwisseling van patiëntgegevens tussen instellingen voor medisch specialistische zorg te realiseren. Implementatie vindt nu plaats, vooruitlopend op de wettelijke verplichting die hierover volgt onder de Wegiz.

Babyconnect richt zich naast ontsluiting richting PGO ook op uitwisseling tussen professionals. Eind 2022 heeft er in Noord Holland onderling gegevensuitwisseling plaatsgevonden tussen een aantal eerstelijnsverloskundige praktijken en het Dijklander ziekenhuis. Dit betekent dat het mogelijk is om onderling actuele gegevens uit te wisselen op elk gewenst moment. Het jaar 2023 staat in het teken van de implementatie en opschaling.

Net als bij Babyconnect richt VIPP InZicht zich naast ontsluiting richting PGO ook op uitwisseling tussen professionals. De ontsluiting van een beperkte set verpleegkundige gegevens uit Elektronische Clientendossier systemen in de PGO's wordt momenteel getoetst. Ook zijn de eerste kwalificaties door Nictiz hiervoor verstrekt. De eerste succesvolle proefimplementaties van verpleegkundige overdracht hebben plaatsgevonden tussen VVT-instellingen. De komende periode staat in het teken van de realisatie van uitwisseling tussen VVT-instellingen en ziekenhuizen, implementatie en opschaling.

Voor de farmacie wordt gewerkt aan een stapsgewijze opschaling met een VIPP-regeling. Inzet van deze regeling voor openbare apotheken is het elektronisch uitwisselen van medicatiegegevens tussen zorgverleners in de keten, de medicatiebewaking en het ontsluiten van medicatie gegevens naar de patiënt. De regeling sluit aan bij het Landelijke Programma Medicatieoverdracht. Voordat de informatiestandaarden breed uitgerold worden in de praktijk, worden ze uitgebreid getoetst. Het programma medicatieoverdracht organiseert daartoe een «Kickstart». Daarin wordt in een beperkte setting aangetoond dat de informatiestandaard werkt in de praktijk. Op dit moment werken in de Kickstart Medicatieoverdracht een beperkt aantal zorgaanbieders vanuit acht sectoren, waaronder openbare apotheken in de regio Rijnmond en regio Friesland, in een beperkte setting aan het implementeren van de medicatieoverdracht. Hiermee wordt de basis gelegd voor een verdere stapsgewijze opschaling, waarop de VIPP regeling op in zal haken.

Er zijn nu geen plannen om transitiegeld te besteden aan nieuwe VIPP regelingen. Conform afspraak in het Integraal Zorgakkoord (IZA) maak ik een deel van de middelen uit het coalitieakkoord voor gegevensuitwisseling beschikbaar voor PGO's om ook de komende jaren bij te dragen aan ondersteuning van burgers bij het gebruik van PGO's en de verdere ontwikkeling van gegevensuitwisseling via het MedMij afsprakenstelsel.

Vraag 4

In hoeverre is de functionaliteit die VIPP 1 heeft opgeleverd, daadwerkelijk gebruikt en nog in gebruik?

Antwoord 4

Het versnellingsprogramma informatie-uitwisseling patiënt en professional 1 voor ziekenhuizen is begin 2020 afgerond. Binnen het programma is gerealiseerd dat patiëntgegevens en bijbehorende correspondentie in een patiëntenportaal zichtbaar zijn en dat patiënten deze ook gebruiken. Patiëntenportalen zijn blijvend in gebruik bij ziekenhuizen en ondersteunend aan het zorgproces. Daarnaast is binnen het programma gewerkt aan het digitaal aanbieden van medicatievoorschriften aan de openbare apotheek en het

verstrekken van digitaal gestandaardiseerde medicatieoverzichten aan de patiënt, zodat recepten elektronisch worden verstuurd. Bij ziekenhuizen en instellingen die aan deze module van het programma deelnamen en dit hebben afgerond, wordt deze functionaliteit voor zover bekend nog steeds gebruikt.

Vraag 5

In hoeverre vindt afstemming met leveranciers plaats zodat er meer aansluiting is bij de actuele ontwikkelingen zoals internationale standaarden en of bestaande geïmplementeerde oplossingen?

Antwoord 5

Bij de digitalisering van de zorg is samenwerking met ICT-leveranciers een belangrijk element. Zo worden door het Zorginstituut Nederland (ZIN) en Nictiz informatiestandaarden opgesteld, in samenwerking met ICT-leveranciers. In het kader van een aantal grote programma's en stimuleringsregelingen, zoals bijvoorbeeld Medicatieoverdracht en Verpleegkundige overdracht, is er veel afstemming met direct betrokken ICT-leveranciers. Daarnaast bereid ik nu een meer structurele afstemming voor op zowel strategisch als tactisch niveau. Tevens werken ICT-leveranciers in diverse werkgroepen en commissies verzorgd door het Nederlands Normalisatie Instituut (NEN), in opdracht van VWS, aan (nieuwe) afspraken over elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. De totstandkoming van deze afspraken is openbaar. Iedere belanghebbende is uitgenodigd mee te doen. De vaststelling van de norm is transparant, deelname kent een open karakter, en de norm en toegang ertoe komen op een eerlijke, redelijke en niet-discriminerende manier tot stand. Bovendien zijn heldere afspraken in het belang van ICT-leveranciers.

Ik vind het belangrijk om aan te sluiten bij internationale, open standaarden. Aansluiting bij internationale ontwikkelingen, normen en open standaarden kan er namelijk voor zorgen dat nationale markten toegankelijker worden voor toetreding van internationale ICT-leveranciers en andersom. Via de Wegiz wil ik een wettelijke verplichting van (delen van) deze afspraken bewerkstelligen.

Vraag 6

Klopt het dat er diverse VIPP-trajecten waren die geen aansluiting vonden bij de ontwikkelingen in het zorglandschap – vooral niet vanuit het oogpunt van impact, schaalbaarheid en aansluiting bij internationale standaarden?

Antwoord 6

Nee, dit is niet de bedoeling. De regelingen zijn samen met de verschillende brancheorganisaties opgesteld en zij begeleiden ook de uitvoering van de programma's. Het uitgangspunt is daarbij geweest dat de VIPP regelingen bijdragen aan ontwikkelingen in het zorglandschap. De VIPP-trajecten volgen de geldende standaarden en in het veld bestaande richtlijnen, dit om het aansluiten en gebruik door het zorgveld zo goed mogelijk te stimuleren. En in de regelingen worden eisen gesteld welke standaarden geïmplementeerd moeten worden.

Zo is binnen de VIPP 1 en 2 regeling de inbouw van de BasisgegevenssetZorg gestimuleerd, waarvan de uitwisseling straks met de Wegiz wordt verplicht. Specifiek voor de implementatie richting Persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's) moeten binnen de lopende VIPP regelingen (de leveranciers) van deelnemende instellingen voldoen aan het MedMij Afsprakenstelsel. Dit is de standaard voor het veilig uitwisselen van gegevens richting de PGO.

Vraag 7

Kunt u aangeven hoe het staat met het programma CumuluZ dat de Universitair Medisch Centra (UMC's) ontwikkelen? Hoeveel financiële middelen zijn hieraan besteed en door wie? Hoe wordt gecheckt dat dit een werkbaar voorstel is en past bij andere initiatieven om tot een nationale infrastructuur te komen zoals Twiin en Nuts?

Antwoord 7

Het programma CumuluZ is geïnitieerd en gefinancierd door de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (de NFU). VWS heeft hieraan geen financiële middelen besteed.

Dit jaar is de CumuluZ initiatiefase gestart waarbij er vier gebruikstoepassingen worden uitgewerkt. Één ervan is gericht op secundair gebruik van data voor onderzoek. Dit deel wordt gezamenlijk gefinancierd met Health-RI. Twee andere proeftuinen richten zich op gebruikstoepassingen voor patiënten en zorgverleners. Deze toepassing worden samen ontwikkeld met andere zorgpartners uit de regio (algemene ziekenhuizen, huisartsenposten, SEH's en huisartsen). In een laatste proeftuin wordt samen met de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVVR) alternatieve mogelijkheden voor beeldbeschikbaarheid onderzocht. Als de proeftuinen succesvol zijn kunnen ze landelijk worden opgeschaald.

Vraag 8

Hoe staat het met de ontwikkeling van een landelijk dekkende infrastructuur? Waaraan moet deze volgens u voldoen? In welke mate wordt gebruikgemaakt van huidige infrastructuren en is het de bedoeling dat alle zorgaanbieders hierop aangesloten zijn?

Antwoord 8

Ik heb, aanvullend op de ingezette koers van standaardisatie van elektronische gegevensuitwisseling en de Wegiz, laten onderzoeken of een grotere centrale publieke rol noodzakelijk is voor de totstandkoming van een landelijk dekkend netwerk voor gegevensuitwisseling. De eerste resultaten van het onderzoek heb ik zeer recent ontvangen. Dit rapport zal samen met een beleidsreactie binnenkort aan uw Kamer worden gezonden.

Vraag 9

Wat doet u om een eenduidige wijze van informatie invoeren in het bronsysteem door zorgprofessionals te bespoedigen?

Antwoord 9

Om een eenduidige wijze van informatie invoeren te bespoedigen, wordt er gestuurd op het uniforme gebruik van terminologiestandaarden en informatiemodellen (Eenheid van Taal). Daarnaast dient de invoer van informatie altijd aan te sluiten op het zorgproces, waarbij er zo min mogelijk sprake mag zijn van extra administratieve lasten.

Vraag 10

Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot het vaststellen van een gestandaardiseerde (open) application programming interface (API)-strategie? Hoe wordt geborgd dat het uitgesloten is dat deze gestandaardiseerde (open) API-strategie afwijkt van internationale open standaarden, dus zonder spreekwoordelijk Nederlands sausje hetgeen het aanbod beperkt en duur maakt? Hoe wordt geborgd dat leveranciers ook tempo maken met het maken van koppelingen op basis van open API's?

Antwoord 10

In het programma API-strategie bij Nictiz wordt momenteel gewerkt aan een nationale API-strategie voor de zorg. Eén van de resultaten is een set van API-eisen. Deze zijn in nauwe samenwerking met het zorgveld is opgesteld, waaronder met grote leveranciers van zorginformatiesystemen. In 2023 wordt een goed bruikbare API-bibliotheek gerealiseerd, die markspelers actief kunnen vullen, onderhouden en gebruiken. Enkel API's die voldoen aan de set van API-eisen kwalificeren zich voor publicatie in de API-bibliotheek. Door aan te sluiten bij voor de doelgroep bekende en internationaal breed gedragen werkwijzen, wordt draagvlak gecreëerd en adoptie gestimuleerd. Het middels de API-bibliotheek te creëren overzicht confronteert de markt met de diversiteit aan oplossingen die is ontwikkeld en geeft inzicht in welke richting mogelijk is: goede API's ten behoeve van databeschikbaarheid voor data-hergebruik.

De API-eisen worden ontwikkeld en beheerd in voortdurende afstemming met een werkgroep van partijen waarop de eisen betrekking hebben. Dat betreft ook internationaal opererende partijen.

De huidige API-eisen gaan al uit van compliance aan internationale standaarden.⁴ De API-eisen worden volledig open gepubliceerd in het Engels en op GitHub: de meest gebruikte internationale bron voor open specificaties alwaar de gehele internationale gemeenschap van softwareontwikkelaars inzicht heeft en kan ondersteunen bij het verbeteren van de eisen. Zo wordt het risico van inmenging van al te specifieke belangen beheerst. De kans op een uniek en specifiek Nederlands sausje wordt met bovengenoemde aanpak geminimaliseerd.

De API-bibliotheek biedt straks inzicht in welke leverancier welke API aanbiedt en tegen welke prijs, dit stimuleert marktwerking en concurrentie. De bibliotheek biedt ook duidelijkheid en zekerheid aan (nieuwe) leveranciers doordat de eisen waaraan hun systemen moeten voldoen transparant zijn. Daarnaast gaat ook de implementatie van de Wegiz het gebruik van API's stimuleren en daarmee leveranciers aansporen om API's sneller (door) te ontwikkelen. Voor aangewezen uitwisselingen onder de Wegiz wordt een norm verplicht gesteld, inclusief te gebruiken API. Deze API's zijn zo ontworpen dat zij op onderdelen ook voor andere uitwisseling herbruikbaar zijn. Zo wordt geborgd dat het tempo van de implementatie van open API's meelift met het tempo van de in Wegiz-kader verplicht gestelde uitwisselingen. Daarbij zorgt de herbruikbaarheid-op-onderdelen van de API's ervoor dat de implementatie van volgende uitwisselingen kan profiteren van de implementatie van vorige.

Vraag 11

Hoe wordt voorkomen dat die koppelingen tot verdienmodellen worden gemaakt, bijvoorbeeld door hoge kosten te rekenen bij iedere keer dat een koppeling wordt gebruikt zoals Chipsoft naar wij begripen doet?

Antwoord 11

Op dit moment is niet altijd duidelijk waar de prijzen die leveranciers rekenen voor implementatie en gebruik van een API op gebaseerd zijn, de markt is niet transparant. Daar moet de API-bibliotheek verandering inbrengen. De API-bibliotheek maakt inzichtelijk welke leverancier een API aanbiedt en welke data met een API beschikbaar kunnen worden gemaakt. Op deze manier krijgen zorginstellingen beter zicht op welke API's ze nodig hebben en wie ze levert. Leveranciers en zorginstellingen die API's aanbieden en in gebruik hebben moeten dit registreren in de API-bibliotheek, zo kan een zorginstelling zien bij welke leveranciers ze terecht kunnen en met welke andere instellingen ze kunnen uitwisselen.

De bibliotheek maakt daarnaast ook duidelijk welke investeringen een zorginstelling moet doen om een API in gebruik te kunnen nemen. Denk bijvoorbeeld aan implementatiekosten, maar ook aan aanpassingen die in bestaande systemen doorgevoerd moeten worden. Op deze manier worden de kosten die voor een API gemaakt worden voorspelbaarder.

Vraag 12

Hoe gaat u voorkomen dat telkens een apart convenant nodig is als zorgorganisaties besluiten gegevens met elkaar uit te wisselen, met hoge administratieve lasten en grote vertraging tot gevolg?

Antwoord 12

Voor gegevensuitwisseling tussen zorgorganisaties bestaan wettelijke kaders en dus is een convenant in beginsel niet nodig. Een zorgorganisatie mag niet zomaar persoonsgegevens uitwisselen met andere organisaties. De algemene regel is dat verstrekken van persoonsgegevens alleen mag voor het doel waarvoor de gegevens zijn verzameld, of een daarmee verenigbaar doel. Verwerking voor een ander doel is alleen mogelijk met de toestemming van de betrokkene óf als de verwerking is gebaseerd op een wettelijke bepaling. Daarnaast geldt dat gegevensverwerking gebaseerd moet zijn op een van de zes grondslagen uit artikel 6 van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).

⁴ Zie vooral het hoofdstuk «API design rules» van de API Requirements for Dutch Healthcare op de github pagina: <https://nictiz.github.io/api-requirements-docs/>

Vraag 13

Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot Mitz? Klopt het dat alle betrokken leveranciers moeten investeren in de ontwikkeling? Klopt het dat de kosten aan de kant van leveranciers niet worden bekostigd vanuit Mitz? Worden de eisen aan koppelingen gesteld op basis van open internationale standaarden? Hoe wordt geborgd dat historie met betrekking tot reeds gegeven consent eenmalig en eenduidig overgezet kan worden?

Antwoord 13

De gemeenschappelijk voorziening voor toestemming (Mitz) is door het Informatieberaad Zorg aangewezen als bouwsteen. Bouwstenen zijn voorzieningen of standaarden die zorgpartijen in staat stellen digitaal informatie uit te wisselen en dragen daarmee bij aan een duurzaam informatiestelsel. Mitz is daarnaast ook opgenomen in het IZA. Zorgaanbieders hebben zich middels het IZA verbonden om Mitz uiterlijk 2025 te implementeren.

Mitz is technisch gereed en wordt nu op kleine schaal uitgerold. De bredere uitrol zal later in 2023 plaatsvinden. De eerste zorgpartijen en leveranciers kunnen aansluiten op Mitz, en de verwachting is dat medio 2023 burgers/cliënten toestemmingen in Mitz kunnen registreren. Ik zal na de zomer met een voorlichtingscampagne het bewustzijn van burgers proberen te verhogen. Tegelijk met de VWS-voorlichting zal ook VZVZ de toestemmingsvoorziening Mitz in een eigen campagne presenteren. Er wordt op dit moment door VZVZ en diverse koepels gewerkt aan het governance model van Mitz. Het governance-model betreft de wijze waarop zorgverleners invloed kunnen uitoefenen op de opzet en werking van Mitz. Op die wijze kunnen de zorgverleners hun rol als verwerkersverantwoordelijke in de zin van de AVG daadwerkelijk vormgeven.

Betrokken leveranciers hebben ontwikkelkosten om aansluiting op Mitz te realiseren. Zij zullen die kosten doorberekenen aan hun klanten, het vraagt daarom ook een investering van zorgverleners om hun ICT-systeem te laten aansluiten op Mitz. De aanpassing van de systemen inclusief ondersteuning van de migratie van huisartsen, huisartsenposten en spoedeisende hulp is met een VWS-subsidie gerealiseerd. Ik heb daarnaast een aanvullende subsidie verstrekt voor het aansluiten van GGZ, apotheken en ambulance. Met deze subsidies worden de aansluitkosten van ICT-leveranciers gecompenseerd.

De koppelvlakken zijn gebaseerd op open standaarden: de HL7 standaarden (met name HL7- FHIR voor wat betreft de inhoud van de toestemming), de autorisatie flow volgt OAuth (open standaard voor autorisatie) en de certificaten zijn op basis van SAML. Voor de toestemmingsconcepten is aangesloten bij de internationale XACML standaard. Voor de Nederlandse codelijsten is aansluiting gezocht bij onder andere Nictiz (zorgaanbiedercategorie), UZI (zorgaanbieder-id en zorgverlener-id) en BSN (DigiD via Logius). Dit past binnen de internationale standaarden.

Als zorgaanbieders al toestemmingen van patiënten hebben vastgelegd, dan kunnen deze (mits deze voldoen aan bepaalde voorwaarden) overgezet worden naar Mitz, zodat een persoon die inlogt op MijnMitz de toestemming kan zien en online kan beheren. Indien een reeds afgegeven toestemming afwijkt van de wijze waarop Mitz toestemmingen registreert, dan wordt deze niet in Mitz overgenomen. De persoon zal dan zelf alsnog zijn toestemmingskeuze in Mitz moeten registreren.

Vraag 14

Klopt het dat het landelijke Twiin afsprakenstelsel nog niet helder en niet operationeel is? Kunt u het antwoord toelichten?

Antwoord 14

Het Twiin afsprakenstelsel is klaar om geïmplementeerd te worden. Het afsprakenstelsel beschrijft de noodzakelijke afspraken op alle lagen van het interoperabiliteitsmodel voor het veilig en betrouwbaar delen van gegevens in de zorg. In het afsprakenstelsel staat beschreven hoe via Gekwalificeerde Twiin Knooppunten (GTK's) de beschikbaarheid van gegevens voor landelijke zorgtoepassingen werkt door bestaande zorgnetwerken (bijvoorbeeld XDS, maar ook andere netwerken) en gemeenschappelijke voorzieningen in samenhang te verbinden. Het Twiin afsprakenstelsel is in afstemming met

diverse partijen ontwikkeld en is voor iedereen toegankelijk via de Twiin website.

Er is geen enkele belemmering voor partijen om te starten met Twiin. Een zestal partijen (RSO's en VZVZ) hebben zich aangemeld als GTK-dienstverlener. In de praktijk blijkt het voor de zorgaanbieders een grote stap te zijn om in één keer aan de vereisten van het Twiin afsprakenstelsel te voldoen. Daarom is ervoor gekozen om stapsgewijs, via plateaus, het stelsel in gebruik te nemen. Hiermee is het voor de zorgaanbieders ook duidelijk waar zij staan ten opzichte van de eisen in het afsprakenstelsel. Om landelijk te kunnen communiceren moet aan alle eisen voldaan worden.

Vraag 15

Hoe gaat u borgen dat er bij de verplichting van spoor 2 minder afhankelijkheid gaat bestaan van enkele aanbieders?

Antwoord 15

Met het wetsvoorstel voor de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) worden zorgaanbieders stapsgewijs verplicht erop toe te zien dat zorgverleners gegevens onderling elektronisch met elkaar kunnen uitwisselen. Uiteindelijk moet de uitwisseling genormaliseerd en onafhankelijk van een specifieke elektronische infrastructuur plaatsvinden. Dit wordt bereikt door in spoor 1 voor aangewezen gegevens elektronische uitwisseling verplicht te kunnen stellen, en in spoor 2 daarbij specifieke en transparante eisen te stellen ten aanzien van normalisatie en gestandaardiseerde gegevensuitwisseling. De openbaarheid van deze eisen maakt het voor leveranciers van deze producten of diensten al makkelijker om toe te treden tot deze markt. Het doel van deze eisen is volledige interoperabiliteit. Deze interoperabiliteit maakt het minder makkelijk om klanten en data af te schermen voor andere partijen, zodat zorgaanbieders makkelijker over kunnen stappen naar een ander product, leverancier of een andere dienst. Voor leveranciers van deze producten of diensten wordt het daarmee ook makkelijker om toe te treden tot deze markt.

Doordat meer aanbieders informatietechnologieproducten of -diensten op de zorgmarkt zullen komen, krijgen zorgaanbieders meer keuze tussen verschillende informatietechnologieproducten of -diensten. Ook is het voor aanbieders van informatietechnologieproducten of -diensten door standaardisering eenvoudiger om hun product of dienst zonder aanpassingen te doen in te passen bij zorgaanbieders, in meerdere sectoren en op landelijk niveau. De afzetmarkt wordt hierdoor dus ruimer.

Vraag 16

Klopt het dat er slechts één aanbieder is van het uitwisselen van beeld en dat DVD-exit een gesloten systeem is, niet conform open internationale standaarden? Betekent dit dat sprake is van interoperabiliteit? Deelt u de conclusie dat het niet aantrekkelijk lijkt om in een nieuw open interoperabel systeem toe te laten terwijl het systeem geen gestructureerde informatie geeft en slecht koppelt met andere systemen, aangezien er inmiddels veel is geïnvesteerd in DVD-exit?

Antwoord 16

Er zijn meerdere partijen die oplossingen bieden voor het uitwisselen van beelden, deze worden veelal regionaal ingezet. Om te komen tot landelijke dekking is door de betrokken partijen gezamenlijk voor de korte termijn een bewuste keuze gemaakt om de DVD's die zijn gebruikt in het zorgproces snel uit te faseren. Hiertoe is middels een transparant inkoopproces een voorziening, het Twiin Portaal DVDexit, gecreëerd.

DVDexit biedt gateways aan de instellingen die lokale integratie met de PACS-systemen mogelijk maakt om radiologische beelden uit te wisselen⁵. De PACS-systemen in de ziekenhuizen zijn gekoppeld met het portaal. DVDexit wisselt gegevens uit conform de internationale standaard DICOM mail, een standaard die gebruikt wordt in alle PACS- en EPD-systemen. De dienst is interoperabel, dat wil zeggen dat verslagen en beelden geïntegreerd in het werkproces vanuit het ene systeem van een zorgaanbieder met een andere

⁵ PACS – Picture Archiving and Communication System

zorgaanbieder uitgewisseld wordt. Deze uitwisseling verloopt via een centrale component. Naar de toekomst wordt binnen het focusprogramma Twiin en in de NEN-norm Beeldbeschikbaarheid gewerkt aan een meer gedistribueerde oplossing voor beeldbeschikbaarheid om niet alleen het versturen te ondersteunen maar ook het raadplegen mogelijk te maken. Functioneel voldoet DVDexit aan de behoefte van het zorgveld om radiologische beelden van de ene zorgaanbieder naar de andere zorgaanbieder te versturen. Inmiddels worden meer dan 140.000 beelden per maand uitgewisseld en is de relatief beperkte investering per zorgaanbieder daarmee zeker de moeite waard. Voor goede, veilige en doelmatige zorg is echter een overzicht (tijdlijn) nodig van alle beelden en verslagen die er van een patiënt zijn bij verschillende zorgaanbieders, om van daaruit als zorgverlener gericht op te kunnen vragen (vanuit een behandelrelatie en mits daarvoor toestemming is gegeven). In die behoefte kan DVDexit niet voorzien.

Vraag 17

Wat is de huidige stand van zaken en hoe wordt regie gevoerd op het lage gebruik van Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO's)?

Antwoord 17

Uw Kamer ontvangt begin april een voortgangsbrief over de stand van zaken rond persoonlijke gezondheidsomgevingen. Daarin wordt ingegaan op de resultaten van het versnellingsstraject MedElkaar dat nu ruim een jaar loopt, de PGO visie die samen met zorgverleners in het kader van het IZA wordt opgesteld, de recente ontwikkelingen rond het gebruik en de benodigde aanpassingen om tot versnelling/verbetering van de inzet van PGO's te komen.

Vraag 18

Hoeveel gemeenschapsgeld is reeds besteed aan het PGO-project qua voorbereiding en uitvoering?

Antwoord 18

Het is lastig om een precies totaalbedrag te geven. De kosten voor het kunnen ontsluiten van brongegevens door zorgverleners via onder andere de VIPP-programma's zijn niet alleen nodig zijn voor het ontsluiten naar PGO's, maar ook voor ontsluiting naar portalen en voor de gegevensuitwisseling tussen professionals. Deze kosten kunnen derhalve niet (alleen) aan PGO's en aan ontsluiting van gegevens naar de patiënt worden toegeschreven en zijn breder nodig om te komen tot databeschikbaarheid.

Kosten die wel direct kunnen worden toegeschreven aan PGO's zijn kosten voor ontwikkeling, gebruik, het MedMij afsprakenstelsel en communicatie. Om te zorgen dat er voldoende PGO's op de markt zouden zijn (het was immers een nog niet bestaand product), hebben in 2018 24 leveranciers via de Subsidieregeling «impulsfinanciering PGO-leveranciers» 160.000 euro subsidie ontvangen voor het ontwikkelen van een PGO (4 miljoen euro in totaal).

Om de PGO gratis aan te kunnen bieden aan burgers is daarnaast in 2019 een gebruikersregeling ingesteld. Deze regeling is een tijdelijke financieringsregeling met een optie voor jaarlijkse verlenging tot en met 2023 (deze optie is inderdaad gebruikt). Leveranciers krijgen 7,50 euro (in 2023 verhoogd naar 10 euro) voor elke gebruiker die tenminste één keer actief gegevens ophaalt. Tot en met januari 2023 heeft dit voor ruim 130.000 gebruikers ongeveer 1 miljoen euro gekost (daarnaast is ruim een miljoen euro uitgekeerd voor vergoedingen voor herkwalificatiekosten van 30.000 euro per leverancier in 2021 en 35.000 euro in 2023).

De exploitatie, het beheer en de doorontwikkeling van het MedMij-afsprakenstelsel zijn in handen van de stichting MedMij. MedMij wordt via een instellingssubsidie van jaarlijks ruim 8 miljoen euro gefinancierd door Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van VWS. Tenslotte is vanaf 2020 3,9 miljoen euro uitgegeven voor het project PGO on air, waarmee de bekendheid en communicatie rond PGO's wordt gestimuleerd.

Het is de bedoeling dat door de inzet van PGO's mensen zelf meer regie kunnen nemen op hun gezondheid en zorg. Dat zal naarmate het gebruik stijgt naar verwachting ook tot aanzienlijke baten binnen en buiten de zorg

leiden (minder medicatiefouten, minder zorggebruik en minder uitval van mensen).

Vraag 19

Klopt het dat de business case om te investeren voor een groot deel van de zorgorganisaties nu niet positief is? Hoe gaat u voorkomen dat organisaties de prikkel voelen om veel door te verwijzen om de kosten van het systeem rendabel te maken?

Antwoord 19

Ik heb in algemene zin geen zicht op welke investeringen in IT-systemen rendabel zijn voor zorgorganisaties. Ik werk samen met zorgorganisatie om te zorgen dat betere gegevensuitwisseling kan bijdragen aan betere en passende hybride zorg. Hierbij is het uitgangspunt dat investeringen zoveel mogelijk meerwaarde op leveren voor zowel patiënten als zorgverleners.

Vraag 20

Hoe gaat u regie organiseren in het ontwikkelen, opschalen en implementeren van generieke functies om te voorkomen dat er nodeloos geïnvesteerd wordt in lokale en regionale oplossingen die uiteindelijk niet opschaalbaar zijn? Hoe worden leveranciers daarbij betrokken?

Antwoord 20

Op 15 december jl. is in de brief aan uw Kamer toelichting gegeven over het afwegingskader omtrent publieke sturing op generieke functies⁶. Zoals in de brief aangekondigd laat ik onderzoek uitvoeren naar na de generieke functies autorisatie, lokalisatie en adressering waarbij leveranciers actief bij betrokken zijn vanwege hun grote rol in de implementatie. Daarnaast wordt er conform de IZA afspraken een planning gemaakt waarbij samen met het zorgveld wordt gewerkt aan een implementatieplanning en oplossingsrichtingen voor generieke functies.

Daarbij geldt dat mijn interventies gericht worden op oplossingen voor generieke functies die opschaalbaar zijn.

Vraag 21

Hoe gaat u een overzicht van de oplossingen die in het veld worden gebruikt en ontwikkeld, afgezet tegen de functionele behoefte, verwerven? Op welke wijze wordt dit getoetst aan de functionele behoefte? Ontstaat geen onvolledig beeld, aangezien wordt begrepen dat leveranciers hierover vooralsnog niet worden geraadpleegd?

Antwoord 21

Om een overzicht te krijgen van mogelijke oplossingen die in het veld kunnen worden gebruikt en ontwikkeld, heb ik voor de generieke functies autorisatie, lokalisatie en adressering, opdracht gegeven aan D&A Medical Group om een onderzoek te doen, de zogenaamde «Ist en Soll» analyse. Met dit onderzoek worden de vragen uit het afwegingskader generieke functies beantwoord. Hierin is ook het toetsen van de functionele behoefte ten aanzien van de oplossingen in opgenomen. Voor de generieke functies identificatie, authenticatie en toestemming gebruik ik daar onder andere de lopende NEN-trajecten voor. Op basis hiervan weeg ik af welke aanvullende interventies er nodig zijn om te komen tot werkende oplossingen die gebruikt kunnen worden door het veld (IZA-afpraak). ICT-leveranciers worden in beide trajecten actief betrokken.

Vraag 22

Hoe ziet u het speelveld om functies interoperabel te maken met NEN-normen? Ziet u het risico enerzijds dat normen te nationaal worden ontwikkeld en internationale partijen worden uitgesloten? Ziet u het risico anderzijds dat veldpartijen die niet om tafel zitten worden geconfronteerd met keuzes die grote investeringen vragen of huidige investeringen tenietdoen? Op welke wijze houdt u rekening met deze risico's?

⁶ Kamerstuk 27 529, nr. 287.

Antwoord 22

Het doel van deze NEN-norm trajecten is om te komen tot een norm die gebruikt wordt om oplossingen die interoperabel zijn voor bovenstaande functies te ontwikkelen. Ik hoor vanuit het veld terug dat er veel energie en commitment is vanuit het (speel)veld om hier mee aan de slag te gaan. Maar zoals ook aangegeven in mijn brief van december jl., onderzoek ik ook wat de mogelijkheden zijn om (onderdelen) van deze normen wettelijk te verplichten. Het risico van het te nationaal ontwikkelen van normen wordt door de NEN tot een minimum beperkt doordat zij zorgdraagt voor aansluiting bij relevante normen en standaarden die internationaal beschikbaar zijn en worden gehanteerd. Het risico op grote investeringen of huidige desinvesteringen kan ik echter niet wegnemen. Wat ik wel kan doen is het veld maximaal betrekken. De NEN-methodiek biedt de mogelijkheid aan alle geïnteresseerde partijen om mee te doen, in de werkgroep maar óók in de consultatie periode na het vaststellen van de concept-norm.