

Vergaderjaar 2005–2006

27 529

Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg

Nr. 21

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 januari 2006

Tijdens het AO ICT in de zorg van 23 november 2005 (Kamerstuk 27 529, nr. 20) heb ik u toegezegd een aantal vragen schriftelijk te beantwoorden. Hierbij kom ik deze toezegging na.

Mevrouw Koşer Kaya heeft gevraagd hoe het Elektronisch Patiëntdossier (EPD) zich verdraagt met artikel 8 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

Artikel 8 van de Wbp bevat een aantal criteria voor de verwerking van persoonsgegevens. Een daarvan is de «ondubbelzinnige toestemming» van de betrokkene voor de verwerking van zijn persoonsgegevens. In dit artikel is ook bepaald dat persoonsgegevens mogen worden verwerkt als dit vereist is op grond van een wettelijk voorschrift. Wettelijke voorschriften voor het verwerken van persoonsgegevens over iemands gezondheid zijn vastgelegd in de Wbp en in bepalingen in het Burgerlijk Wetboek over de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De artikelen 21 en 23 van de Wbp kennen, behalve de uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene, ook andere gronden waarop medische persoonsgegevens verwerkt mogen worden. Zo is onder andere bepaald dat het verbod op verwerken van persoonsgegevens over iemands gezondheid niet geldt als dit gebeurt door aanbieders van zorg, voor zover dat noodzakelijk is met het oog op een goede behandeling of verzorging van de betrokkene.

De WGBO verplicht een hulpverlener van iedere cliënt een medisch dossier bij te houden. Deze gegevens mogen niet aan anderen worden verstrekt, tenzij:

- er een wettelijke verplichting bestaat tot gegevensverstrekking;
- de patiënt hier toestemming voor heeft gegeven;
- het andere zorgaanbieders betreft die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt en de gegevens noodzakelijk zijn voor hun werkzaamheden.

Het toestemmingsvereiste als geformuleerd in artikel 8 Wbp is dus geen belemmering voor een landelijk EPD. Het toestemmingsvereiste als onderdeel van de WGBO is wel een belangrijk vereiste. Daarmee wordt bij het opzetten en het gebruik van het landelijk EPD rekening gehouden.

De heer Vendrik heeft gevraagd of de implementatie van het EPD moet leiden tot aanpassing van het medisch beroepsgeheim.

Zoals ik eerder in mijn brief van 6 september 2005 (TK 27 529, 2004–2005, nr. 18, p. 6) heb geantwoord is de wet op het EPD niet bedoeld om de wettelijke bepaling van het medisch beroepsgeheim te doorbreken als gevolg van meer ICT-verkeer. Het uitgangspunt van het medisch beroepsgeheim blijft gelden, ongeacht of het dossier op papier of elektronisch wordt opgeslagen. Het landelijk EPD wordt binnen de huidige wettelijke kaders opgezet. De wet op het EPD zal aangeven hoe het medisch beroepsgeheim in het landelijke EPD – gezien de mogelijkheden van de ICT – te waarborgen is.

Naar aanleiding van de vraag van mevrouw Schippers naar de inzet van een externe zwaargewicht en van de heer Vendrik naar de beveiliging heb ik toegezegd iemand uit het bankwezen te vragen om de beveiligingsaspecten door te lichten.

Er wordt nog gezocht naar een geschikte kandidaat, die vanuit zijn expertise de beveiligingsaspecten van het ICTgebruik in de zorg kan doorlichten. In de voortgangs-rapportage over ICT in de Zorg, die ik u voor maart 2006 heb toegezegd, zal ik u hierover verder informeren.

De heer Omzigt heeft gevraagd naar de planning voor de wet op het EPD.

Ik zie de wet, die gebruik van een landelijk EPD verplicht zal stellen, als borging om uiteindelijk alle aanbieders van zorg mee te krijgen in het gebruik van het elektronisch medicatiedossier (EMD), het elektronisch waarneemdossier huisartsen (WDH) en de uitbreidingen van het EPD die op termijn zullen volgen. De voordelen van aansluiting op het dossier zal voor het grootste deel van de aanbieders voldoende reden zijn om mee te doen. Met de implementatie van het EMD en het WDH hoeft dus niet gewacht te worden op de wet op het EPD.

Op dit moment wordt gewerkt aan de voorbereiding voor de wet op het EPD. Het streven is het wetsvoorstel in juli 2006 ter advisering aan de Raad van State voor te leggen. Afhankelijk van het advies van de Raad van State zal het wetsvoorstel in november 2006 aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

Mevrouw Schippers heeft gevraagd naar de mogelijkheid om een koppeling tussen betaling van de zorgaanbieder en deelname aan het EPD te realiseren via de Wet Toelating Zorginstellingen(WTZi).

Om in aanmerking te komen voor vergoeding van geleverde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of AWBZ heeft een zorginstelling een toelating nodig op grond van de WTZi. Ik ben nagegaan of het mogelijk is om in de WTZi verplichte deelname aan het EPD als toelatingseis op te nemen. Ik ben van mening dat dit niet mogelijk is en dat bovendien de in voorbereiding zijnde wet op het EPD zich daarvoor beter leent.

Het gebruik van het EPD is noodzakelijk ten behoeve van het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De WTZi ziet *niet* toe op de kwaliteit van zorg, maar regelt de toelating van instellingen om verzekerde zorg te mogen verlenen, omdat de overheid wil kunnen sturen op bijvoorbeeld transparantie en bereikbaarheid van acute zorg. Het uitgangspunt van de WTZi is dat zoveel mogelijk aan de marktpartijen wordt overgelaten om zelf te beslissen over toetreding tot de zorgmarkt, investeringen en vormgeving van gebouwen en instellingen. Om publieke belangen te waarborgen, heeft de Minister van VWS de mogelijkheid om eisen te stellen aan trans-

parantie van de bestuursstructuur en aan de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Dat wil zeggen dat een instelling duidelijk moet maken hoe de instelling is georganiseerd, wat ze zich ten doel stelt en hoe dat doel verwezenlijkt gaat worden. De WTZi verplicht instellingen op basis van de transparantie-eisen aan hen die met die instelling van doen hebben inzicht te geven in de door de instelling gemaakte keuzes. Daarbij vindt geen kwalitatieve toets plaats op het feitelijk functioneren van de instelling. Let wel, dit betekent niet dat instellingen niet op disfunctioneren of slechte bedrijfsvoering kunnen worden aangesproken. Dat gebeurt echter op grond van andere regelgeving en op grond van de overeenkomsten die instellingen sluiten met zorgverzekeraars.

Een ander nadeel van de koppeling WTZi en EPD is dat de WTZi alleen toeziet op de toelating van zorginstellingen en niet op de toelating van individuele zorgverleners. Het is net zo belangrijk dat individuele zorgverleners het EPD vullen. Ik acht een koppeling met de WTZi daarom ook niet wenselijk.

In plaats daarvan ben ik, zoals reeds aangekondigd in mijn brief (TK 27 529, 2004–2005, nr. 18), bezig met het opstellen van een wet op het EPD. In deze wet zal een verplichting – zowel voor instellingen als voor individuele zorgverleners – voor het aansluiten op en het vullen van het EMD/WDH/EPD worden opgenomen, waardoor het functioneren van het EMD/WDH wordt gewaarborgd. Ik ben daarnaast ook nog aan het onderzoeken of het mogelijk is om via andere financiële prikkels het aansluiten op het EMD/WDH – en op termijn het EPD – te stimuleren.

Mevrouw Schippers heeft gevraagd hoe de minister oordeelt over de suggestie om de capaciteit van Surfnets 5, die eind 2005 vrijvalt, in te zetten in de zorg. Daarbij zou haast geboden zijn vanwege de ontmanteling van Surfnets 5.

Surfnets 5 bestaat uit een structuur van glasvezelkabels die door allerhande schakelapparatuur aan elkaar zijn gekoppeld en waarover communicatie plaatsvindt tussen aangesloten instellingen. Op 1 januari 2006 start Surfnets 6 en dit roept de vraag op wat er gebeurt met de kabels en schakelapparatuur van Surfnets 5.

Ik heb over dit onderwerp contact gezocht met het Ministerie van Economische zaken.

Daaruit blijkt dat de apparatuur van Surfnets 5 zeker tot medio 2006 gebruikt wordt binnen Surfnets 6. Pas daarna zal naar verwachting de Surfnets 5-apparatuur beschikbaar komen.

Overigens bieden meerdere marktpartijen gelijksoortige voorzieningen aan. Zo ligt er ook een voorstel van KPN. Het is niet aan de overheid om te interveniëren in deze markt. Het is aan zorgaanbieders om keuzes te maken in het aanbod van ICT-voorzieningen. Overigens heb ik de NVZ ondertussen geïnformeerd over de ontwikkeling rond Surfnets 5 en 6.

De heer Vendrik heeft gevraagd naar het gebruik van «open standaarden» en «open source» software met betrekking tot het Landelijk schakelpunt (LSP).

Het realiseren van openheid in de ICT-systemen bij de overheid betekent niet per definitie dat alle software «open source»¹ moet zijn. Het gaat vooral om het open houden van keuzes voor bestuurders, ICT-leveranciers en gebruikers. In het geval van het LSP is er geen sprake van een keuzemogelijkheid voor ICT-leveranciers of gebruikers, omdat er slechts behoefte is aan één landelijk schakelpunt.

De keuzemogelijkheid van deze partijen is wel van belang als het gaat om de aansluitmogelijkheden op het LSP. Daarom is alle communicatie door en met het LSP gebaseerd op (inter)nationale «open standaarden». Voorzover deze niet voorhanden zijn worden tijdelijke standaarden gebruikt.

¹ Open source wil zeggen dat de broncodes van een programma worden vrijgegeven zodat ook andere leveranciers daarmee producten kunnen ontwikkelen.

*Mevrouw Timmer heeft gevraagd naar de financiering van ff contact :-)
voor 2006.*

Een gedegen organisatorische en financiële infrastructuur voor ICT-voorzieningen voor kinderen met een chronische aandoening acht ik ook voor de toekomst van groot belang. Daartoe dient een strategisch kader te worden ontwikkeld op basis van een toekomstbestendige visie. Op dit moment wordt hieraan gewerkt. Daarnaast werkt de Stichting Netwerk FF contact :-) momenteel aan hun bedrijfsplan 2006–2008. Na indiening van het bedrijfsplan neem ik een definitief besluit over de subsidiëring van dit project voor de periode 2006–2008.

De heer Vendrik heeft gevraagd welke ruimte financiering uit het FES-traject biedt voor het EMD/EPD traject.

Voor het actieprogramma Maatschappelijke Sectoren en ICT – dat mede gefinancierd wordt uit FES-middelen – is voor de periode 2005 tot en met 2008 een bedrag beschikbaar van € 80 miljoen. Over de verdeling van deze middelen over de vier betrokken sectoren¹ vindt nadere besluitvorming plaats. Het programma gaat in 2006 daadwerkelijk van start. Op dit moment wordt de ondersteuningstructuur voor dit programma ingericht en worden in interdepartementaal verband onder leiding van het Ministerie van EZ afspraken gemaakt over de manier waarop projecten in aanmerking kunnen komen voor een financiële bijdrage. De afbakening van onderwerpen en criteria staan in het actieprogramma genoemd. Een belangrijke actielijn op het terrein van de zorg is het benutten van de mogelijkheden van ICT-ondersteuning voor ketenzorg. Die actielijn sluit naadloos aan op de het EMD/EPD traject.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

¹ De betrokken sectoren zijn mobiliteit, onderwijs, veiligheid en zorg.