

Voorzitter

De vragen van de leden Van Gerven en Kant aan de minister van VWS, ook van 11 december 2008, over de openbaarheid van onafhankelijk onderzoek en toelating van geneesmiddelen en apotheken, zijn ook nog niet beantwoord. Ten slotte rappelleer ik namens de leden Karabulut en Bashir onbeantwoorde schriftelijke vragen aan de minister voor WWI en de staatssecretaris van Financiën over het erkennen van de salafistische As Soennahmoskee als algemeen nut beogende instelling door de Belastingdienst. Bij brief is om uitstel gevraagd. 20 januari 2009 zouden de antwoorden binnen zijn, maar ze zijn er nog niet.

De **voorzitter**: Ik stel voor, dit deel van het stenogram door te geleiden naar het kabinet.

Daartoe wordt besloten.

De **voorzitter**: Het woord is nogmaals aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik verzoek u om het spoeddebat over de IJsselmeerziekenhuizen van hedenavond uit te stellen. De Kamer heeft zojuist een brief van de minister ontvangen, waarin staat dat onderhandelingen gaande zijn en dat de resultaten daarvan in de loop van volgende week bekend zijn. De minister verzoekt feitelijk ook om uitstel van het debat. Dat komt de onderhandelingen en het debat ten goede. Ik wil daarin meegaan, maar ik doe wel het verzoek om tot die tijd geen onomkeerbare besluiten te nemen. Verder moeten dan de nog onbeantwoorde schriftelijke vragen van mijn hand beantwoord zijn en zou ik graag zien dat de minister de kritiek op de nieuwe bestuursstructuur van de IJsselmeerziekenhuizen, zoals ook verwoord door de Nederlandse Zorgautoriteit, meeneemt in zijn beantwoording.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Toen de heer Van Gerven het spoeddebat aanvroeg, had ik kritiek op hem. Wij wisten namelijk dat er nog het een en ander onderweg was en dat er nog overleg gevoerd werd. De minister zou op zijn vroegst eind deze week – het blijkt nu iets later te worden – met mededelingen komen. Op dit moment prijs ik de heer Van Gerven, want ik vind dat hij een verstandig verzoek doet als hij vraagt om uitstel van het spoeddebat.

De **voorzitter**: Geprezen door de nestor van de Kamer, wat wilt u nog meer?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik neem die lof in ontvangst. Ik heb het spoeddebat aangevraagd, omdat ik vind dat er met spoed richtinggevende uitspraken door de Kamer moeten worden gedaan.

De **voorzitter**: Wij zullen dit deel van het stenogram doorgeleiden naar het kabinet. Verder zal het spoeddebat over de IJsselmeerziekenhuizen van de agenda worden afgevoerd. Zodra de antwoorden er zijn, bekijken wij of het debat voor volgende week kan worden gepland.

Het woord is aan mevrouw De Pater-van der Meer.

Mevrouw **De Pater-van der Meer** (CDA): Voorzitter. De vaste commissie voor Justitie heeft gisteren een algemeen overleg gevoerd met de ministers van Justitie

en van BZK over het programma Veiligheid begint bij voorkomen. Ik vraag u om het verslag van dit algemeen overleg op de agenda te zetten. Het hoeft niet vandaag.

De **voorzitter**: Wij zullen proberen het VAO op de agenda voor volgende week te plaatsen.

Het woord is aan mevrouw Sap.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Namens mevrouw Peters doe ik de vooraankondiging dat wij een VAO Razeb willen agenderen voor de vergadering van dinsdag 27 januari aanstaande. Voorafgaand aan dat VAO zouden wij graag een brief van de premier en van de minister van Financiën ontvangen over het bericht uit dagblad Trouw dat de premier heeft verklaard dat het gerucht dat hij meedingt naar het voorzitterschap van de Europese Commissie van vicepremier Bos vandaan komt. Laatstgenoemde ontkent dat echter.

De **voorzitter**: Ik stel voor om dit gedeelte van het stenogram door te geleiden naar het kabinet. Bij ommekomst van de brief kunt u uw aanvraag voor een VAO bevestigen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Het VAO moet echt dinsdag plaatsvinden, want de Razeb is ook op die dag.

De **voorzitter**: Dat kan dan ook.

Aldus wordt besloten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatie-uitwisseling in de zorg (31466).**

De **voorzitter**: Voordat ik de algemene beraadslaging hervat, geef ik het woord aan de heer Zijlstra voor een ordevoorstel.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ook namens andere partijen verzoek ik om deze eerste termijn af te maken en dan de tweede termijn op een ander moment te houden, het liefst over veertien dagen, ook omdat een aantal woordvoerders volgende week niet kan. De minister heeft reeds een aantal toezeggingen gedaan, misschien volgen er nog meer, over onderwerpen waarop hij schriftelijk gaat antwoorden. Die antwoorden willen wij graag voor de tweede termijn hebben, zodat wij ze kunnen meenemen. Dat gaat over de BIG-registratie en het doorhalen daarvan, de directe elektronische toegang van het dossier, de veiligheid, de kostenuitwerking, de planning van de uitrol, de 30 dagenvoorhang, de aansprakelijkheid in combinatie met de richtlijnen en de eisen aan beveiliging en privacy, plus de aanpak voor de huidige lokale systemen. Dat zijn zaken die er al liggen en wie weet volgen er nog meer.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Kan aan het eind van de eerste termijn van de minister wellicht een resumé worden gegeven van de vragen die nog zijn blijven liggen bij de verschillende fracties?

Voorzitter

De **voorzitter**: Dat staat u altijd vrij. Akkoord, dus.

Ondanks dat de minister op dit moment in dit huis is, zal het stenogram van dit gedeelte van de vergadering worden doorgeleid naar het kabinet. Over veertien dagen kunnen wij dan het vervolg van dit debat plannen, met de daarbij behorende antwoorden.

De algemene beraadslaging wordt hervat.

□

Minister **Klink**: Voorzitter. Alhoewel wij op een natuurlijk moment eindigden, misschien toch op het laatste punt nog een opmerking. Dat ging hierover: stel dat iemand per ongeluk een dossier opvraagt en eigenlijk geen behandelrelatie had. Dat kan worden gemeld bij IGZ of CBP, en daarnaast bij het Informatiepunt. Eventuele sancties zullen natuurlijk in het licht van die omstandigheden worden bezien.

Mevrouw Gerkens vroeg in hoeverre arboartsen en verzekeringartsen toegang krijgen tot het epd. Zij hebben geen toegang tot het epd, zij kunnen in die hoedanigheid ook geen geautoriseerde toegangsmiddelen hebben tot het epd. Een verzekeraar kan geen passen aanvragen waarmee toegang tot het epd wordt verschaft. Wel bestaan er bedrijfs- en verzekeringartsen die daarnaast bijvoorbeeld huisarts zijn. Voor hun functie als huisarts hebben ze wel toegang tot het epd nodig, in de rol van huisarts kunnen zij dan een UZI-pas aanvragen, die alleen is te gebruiken in de praktijk van de huisarts, en niet bij de verzekeraar, en hij kan die pas alleen gebruiken voor zijn patiënten, en niet voor andere patiënten. Doet hij dat wel, dan vindt registratie van loggegevens plaats, en komt het hele sanctiearsenaal in beweging. Daar zit niet heel veel verschil met de huidige situatie in, want op dit moment heb je ook toegang tot je eigen patiënten, en je bent verzekeringarts. Maar het bereik kan groter worden, gegeven het feit dat je via je UZI-pas eventueel bij andere patiënten komt. Maar daarvoor gelden de waarborgen die wij hebben besproken.

Welk soort sancties kan worden opgelegd aan verzekeraars? Verzekeraars die alleen verzekeraar zijn, hebben niet alleen wettelijk, maar ook fysiek geen toegang tot het epd. Als verzekeraars desondanks het epd via illegale weg raadplegen, is sprake van computer-vredebreek, wat via het strafrecht kan worden bestraft. Als een verzekeraar met een zorgaanbieder fuseert en de verzekeraar dus via de zorgaanbieder die hij in dienst heeft genomen zorg aan zijn verzekerde levert, moet de zorgaanbieder die bij de verzekeraar in dienst is met het oog op een goede behandeling van zijn patiënten in het epd kunnen. Voor dit soort gevallen is te regelen dat de gegevens die de zorgaanbieder gebruikt, niet door de verzekeraar voor andere doelen mogen worden gebruikt. Ik zal daar in mijn reactie op de vraag van de heer Zijlstra over de motie-Schipper nader op ingaan. De Chinese walls die wij nu kennen tussen levensverzekeringen en zorgverzekeringen, waarbij informatie binnen een verzekerde instantie gescheiden dient te worden, is een beetje analoog aan wat zich hier aandient.

Wat is de schadevergoeding die in een civiele procedure kan worden geëist? Dat hangt af van de burgerlijke rechter, die afhankelijk van de ernst van schending van de privacy de gevolgen bepaalt, en dus de schadevergoedingsmaat. Hoe werkt de face-to-

facecontrole? Daarvoor hebben wij de DigiD en de mobiele telefoon. Bij de balie zal men zich moeten identificeren met een wettelijk identiteitsbewijs, waarmee het huidige DigiD op een hoger beveiligingsniveau wordt gebracht, waarmee het geschikt wordt gemaakt voor toegang tot het epd. Daarmee wordt het huidige DigiD op een hoger beveiligingsniveau gebracht waarmee het geschikt gemaakt wordt voor toegang tot het epd. Dat is mede op advies van het CBP zo gedaan. Daarover krijgt de Kamer dus informatie.

Gevraagd is verder welke informatie er in de loggegevens staat. Dat is de informatie over de zorgaanbieder, de zorgverlener, gegevenstype, tijdstip en datum.

Daarnaast is gevraagd of gegevens die via het epd worden uitgewisseld, gereconstrueerd kunnen worden. Om na te kunnen gaan welke gegevens op een bepaald moment beschikbaar waren dan wel uitgewisseld zijn, zijn zorgaanbieders verplicht hun systeem zo in te richten dat het mogelijk is om achteraf te bepalen welke informatie beschikbaar was op een bepaald moment. Door middel van logging wordt vastgesteld wie wanneer gegevens heeft geprobeerd op te vragen en of de opvraging al dan niet succesvol was. Het is daarmee inderdaad mogelijk om achteraf te reconstrueren welke informatie beschikbaar was.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dat betekent dus dat, ook al wist een dokter een gedeelte van het dossier, achteraf te reconstrueren was dat er meer gegevens beschikbaar waren ten tijde van de opvraging?

Minister **Klink**: Ik ben geneigd er ja op te zeggen. Mocht dat niet het geval zijn, dan kom ik daarop terug in tweede termijn.

De heer **Omtzigt** (CDA): De reden waarom ik er juist vandaag om vraag is de casus in het MST in Enschede. De Twentsche Courant bericht vandaag dat in dat ziekenhuis een medisch dossier is gewist van een neuroloog die tientallen mensen ten onrechte terminaal ziek verklaard heeft en waarbij zwijggeld in het geding is. Wat vindt u ervan dat zo'n medisch dossier gewist wordt, dat iemand gevraagd wordt en er zwijggeld betaald wordt? Wilt u de IGZ daar onderzoek naar laten doen?

Minister **Klink**: Ja, dat laatste zal ik graag doen. Ik vind inderdaad dat de inspectie er onderzoek naar moet doen. Als zwijggeld voortvloeit uit een contract of een overeenkomst dan is naar mijn stellige overtuiging zo'n contract of overeenkomst uit hoofde van het recht gewoon nietig. Dat lijkt mij ook belangrijk om even te memoreren. De terechte vraag die u aansnijdt over het onvindbaar maken van gegevens en het al dan niet reconstrueren dan wel traceren ervan, zal ik nader bezien. Mocht het anders zijn dan ik zo-even meldde, dan krijgt u daar antwoord op. Ik zal de inspectie in ieder geval vragen er onderzoek naar te doen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dank voor de toezegging dat u onderzoek laat doen naar dit buitengewoon serieuze en langdurige incident. Zorgt u er dus ook voor dat u daarmee helder heeft dat het wissen van een dossier volstrekt strafbaar is en dat er ook specifiek onderzoek wordt gedaan naar het geval dat in 2001 bekend was,

Klink

terwijl pas in 2004 ontslag heeft plaatsgevonden? Wordt dat in het gehele traject meegenomen?

Minister **Klink**: Natuurlijk wordt dat in het gehele traject meegenomen. Dat lijkt mij vanzelfsprekend. Uit de WGBO vloeit voort dat je patiëntengegevens dient te registreren. Het kan dus niet zo zijn dat je vervolgens uit eigen overweging of uit eigen behoefte die gegevens gaat wissen. Dat is in strijd met de WGBO. Overigens wil ik op deze casus wel dieper ingaan met betrekking tot de vraag wat dit betekent voor het epd. In ieder geval heeft u dit ankerpunt alvast. Men kan niet zomaar eigenstandig gegevens wissen tenzij dat natuurlijk door de patiënt zelf gevraagd wordt.

De heer **Zijlstra** (VVD): De minister zegt dat het traceerbaar is en dat zo dit niet het geval is, hij er in tweede termijn op terugkomt. Aangezien de tweede termijn over twee weken is, vraag ik hem om in de brief die hij toch gaat sturen, ook in te gaan op de vraag hoe het precies zit met die traceerbaarheid. Dan hebben wij daar alsdan in ieder geval duidelijkheid over.

Minister **Klink**: Ik zal er nader op ingaan waarbij ik u het wettelijk complex dat gemoeid is met het wissen van informatie zal schetsen, evenals de sancties die erop staan.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Kan deze arts, net als wij dat straks mogelijk willen maken in het epd als misbruik wordt gemaakt van gegevens, uit zijn ambt gezet worden?

Minister **Klink**: Ik neem aan dat hier een tuchtrechtelijke zaak uit zal voortvloeien. Ik kan mij niet mengen in de tuchterspraak, maar van mij uit gezien vind ik het wel een buitengewoon ernstig vergrijp.

De **voorzitter**: Misschien kan dat ook betrokken worden bij de brief die u de Kamer zal toesturen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Misschien is het wel goed om over dit separate geval – het heeft niet strikt betrekking op dit wetsvoorstel – een brief te krijgen over de vervolgstappen die ondernomen worden ten aanzien van Enschede en het actief zijn van deze arts, nota bene over de grens. Ik vraag de minister om in die brief ook aan te geven hoe ervoor gezorgd kan worden dat de ongevallen in ieder geval vandaag stoppen. Het kan niet zo zijn dat er nog meer slachtoffers vallen.

Minister **Klink**: Ja, dat zal ik doen. De koppeling met dit wetsvoorstel – die de heer Omtzigt overigens zelf aanbracht – is zeer legitiem, want het wordt gemakkelijker traceerbaar. Personen zijn gemakkelijker op te sporen. Daar kan wellicht een extra impuls uit komen om die informatie op te schonen. Dat wil ik meenemen. Daarna zal ik bezien welke maatregelen daartegenover kunnen staan en wat het wetgevingscomplex is dat daar bescherming aan moet bieden.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik wil terugkomen op het wissen van een dossier of een onderdeel daarvan. Dat kan alleen op verzoek van de patiënt, zei de minister. Daar kan ik mij veel bij voorstellen. Er kunnen zich echter situaties voordoen waarin een patiënt verzoekt om dat

dossier te wissen, terwijl de behandelaar vindt dat de patiënt tegen zichzelf moet worden beschermd. Het gaat om een vitaal punt in iemands gezondheidsgeschiedenis. Doet men altijd wat de patiënt vraagt of wordt er een afweging gemaakt in exceptionele gevallen?

Minister **Klink**: Ik kan daar niet zomaar ja of nee op zeggen, maar ik snap de casus natuurlijk wel. Wat doe je met iemand die wilsonbekwaam is, die eerder schade aan zichzelf toebrengt dan zichzelf goedgevoelt? In de zorgrelatie met de huisarts of met iemand anders die de patiënt begeleidt, ligt bij uitstek de verantwoordelijkheid om de patiënt in te lichten over het feit dat het wissen wellicht onnodig of zelfs niet raadzaam is. Er zal ongetwijfeld jurisprudentie over dit vraagstuk zijn. Ik zal mij daar graag in verdiepen. De strekking van het betoog van de heer Van der Vlies is heel terecht: je kunt niet alles lineair en 100% afhankelijk maken van de wens van de patiënt. Soms moet er een inschatting van de arts bij. Die is ervoor opgeleid en kan inschatten in hoeverre iemand wilsonbekwaam is. Het is een relatie met twee polen, die allebei hun eigen invalshoek kennen. Ik kan het antwoord niet klip-en-klaar geven.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Daar heb ik uiteraard alle begrip voor. Ik neem aan dat de minister er later op zal terugkomen. Mijn aarzeling lag in de een-op-eensituatie die de minister schetste tussen wat de patiënt vraagt en wat er gebeurt. Dat vind ik een beetje te snel gaan.

Minister **Klink**: Dat begrijp ik. Ik wil wel volhouden dat in de normale relatie tussen een zorgaanbieder en zorgvrager de wens van de patiënt inzake de patiëntengegevens leidend is.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Dat ben ik met de minister eens. Wat is echter de positie van de behandelaar die de afweging maakt om de wens van een patiënt tot wissen niet te honoreren omdat hij het niet raadzaam vindt? Wat is zijn positie als er iets uit zou voortvloeien?

Minister **Klink**: Voor zover het tot casussen geleid heeft, zal daar ongetwijfeld jurisprudentie over zijn. De vraag van de heer Van der Vlies is zeer terecht. Ik noemde al het voorbeeld van wat er gebeurt als je de labgegevens gaat toevoegen aan een patiëntendossier. Mensen kunnen dat in het weekend gaan bekijken en vormen zich daar beelden bij. Vergt zoiets geen begeleiding van de huisarts? Ook in deze kwestie komt die vraag terug. Bij het waarneemdossier voor huisartsen is dat veel minder indringend. Datzelfde geldt voor het medicatiedossier. Juist als gegevens over specialismen en het lab er bijgevoegd worden, kan dit een punt zijn. Voor dit fenomeen wil ik graag met de beroepsgroepen en hun organisaties bekijken of er handleidingen kunnen komen naar analogie van wat de heer Zijlstra over aansprakelijkheid vroeg.

De heer Omtzigt heeft gevraagd wat de regels zijn voor inzage in het epd na overlijden. Daar gelden de regels van de WGBO zoals die ook van toepassing zijn op het huidige medische dossier. Inzage is alleen mogelijk als voorafgaand aan het overlijden toestemming is gegeven door de patiënt. In de praktijk zal een arts dit met een ernstig zieke bespreken. Patiënten kunnen daarna zelf schriftelijk vastleggen aan wie zij toestemming geven tot inzage na overlijden.

Klink

De heer **Omtzigt** (CDA): Kan er bekeken worden of dit standaard vastgelegd kan worden in het epd? Iemand kan bijvoorbeeld in zijn eigen autorisatiepagina aangeven welke mensen het niet mogen inzien, net zoals je straks je gegevens kunt afschermen. Kun je straks ook zeggen dat je dossier na het overlijden wel of niet beschikbaar is, of alleen beschikbaar voor deze mijnheer of mevrouw.

Minister **Klink**: Ik zie het als een waardevolle suggestie, met de nadruk op waardevol. Laat dat duidelijk zijn. Je maakt mensen bewust van het feit dat de vraag na het overlijden kan gaan spelen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dus u komt er in een volgende voortgangsrapportage op terug of dat kan?

Minister **Klink**: Ja, akkoord. Dat zal ik doen.

De heer Omtzigt vroeg naar de stand van zaken rond de Registratie Niet-Ingezetenen. Mevrouw Vermeij verwees daar ook naar. Vragen daarover dienen uiteindelijk te worden geadresseerd aan de staatssecretaris van BZK. Naar ik begrepen heb, is daarover op 5 februari een algemeen overleg. Invoering van het epd is natuurlijk niet afhankelijk van tijdige realisatie van de RNI. Mensen die, om welke reden dan ook, geen BSN hebben, zullen in voorkomende gevallen zorg krijgen, net als nu. Dat spreekt vanzelf. Gegevens van die patiënten kunnen echter niet elektronisch worden uitgewisseld.

De heer Omtzigt vroeg ook wat het tijdpad van de AMvB is. Er is sprake van één AMvB, waarin de nadere regelgeving wordt uitgewerkt. De Kamer heeft die AMvB onlangs ontvangen. De AMvB zal worden voorgelegd aan het CBP, Actal en de Algemene Rekenkamer. De door deze adviescolleges gegeven adviezen zullen worden verwerkt. Vervolgens zal de AMvB worden voorgehangen bij de Kamer. Daarna zal de AMvB voor advies naar de Raad van State gaan, om uiteindelijk te worden gepubliceerd in de Staatscourant. Ook dat spreekt vanzelf.

De heer Omtzigt vroeg of het een idee is om het Zorginnovatieplatform aanbevelingen te laten doen. Om het gebruik van ICT in de zorg te bevorderen, bestaan het platform ICT & Innovatie en de stuurgroep ICT & Innovatie. Hiermee wordt zorg gedragen voor het stimuleren van het gebruik van ICT. Dat gebeurt inderdaad ook via het Zorginnovatieplatform, bijvoorbeeld bij e-Health in de zorg en de netwerken die ontstaan tussen de eerste en de tweede lijn bij bepaalde, soms chronische, aandoeningen.

Een wetstechnisch punt dat ook bij de heer Zijlstra aan de orde kwam, is het in het wetsvoorstel opnemen van een precisering van de term "behandelrelatie" ...

De **voorzitter**: Maakt u het onderwerp maar even af.

Minister **Klink**: In het wetsvoorstel is opgenomen dat de zorgaanbieder slechts gegevens in het epd mag verwerken als dit noodzakelijk is met het oog op een goede behandeling of verzorging van zijn cliënt. Daarnaast is bepaald dat alleen de beroepsbeoefenaar die de cliënt zorg verleent, gegevens mag verwerken in het epd. Die beide bepalingen samen regelen dat alleen de op grond van de Wet BIG geregistreerde beroepsbeoefenaar die werkzaam is voor de zorgaanbieder of werkzaam is als zelfstandige zorgaanbieder én een behandelingsrelatie heeft met de patiënt, gegevens mag

verwerken. Het gaat dus om de combinatie van deze twee bepalingen. Uitvloeisel daarvan is dat er een zorgrelatie ofwel behandelrelatie is. Hoewel de term "behandelrelatie" als zodanig niet in het wetsvoorstel staat, is het gevraagde er dus wel degelijk in vastgelegd, in elk geval materieel. Er is wel bekeken of de term toch in de wet verankerd kon worden, maar daaruit zouden allerlei nadere afbakeningsproblemen voortvloeien. Dat heeft ertoe geleid dat uiteindelijk deze twee bepalingen zijn opgenomen, die in combinatie in feite op "behandelrelatie" uitkomen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik dank de minister voor dat laatste punt; dat is een helder antwoord. Is de minister op het voorlaatste punt bereid om de vraag nog eens generiek in het Zorginnovatieplatform aan de orde te stellen? Het is heel goed om een aantal deelvragen te stellen, maar het is bij ICT in de zorg niet altijd duidelijk wie over welk gedeelte waar de regie heeft. Van welke dingen verwacht de minister dat zij landelijk gebeuren en welke dingen laat hij volstrekt over aan de regio's? Het is een van de redenen waarom het epd wat langzaam op gang komt. Iedereen zat een beetje naar elkaar te kijken. Stel een ordeningsvraag, om gewoon eens te kijken waarom dat zo is. Welk antwoord van het Zorginnovatieplatform komt, merken wij dan vanzelf.

Minister **Klink**: Ik wil dat wel eens nader bezien. Ik zie het punt van de heer Omtzigt. Om een voorbeeld te noemen: met mijn Zorgnet uit Nijmegen beoog ik juist om netwerken op te schalen en daarbij gebruik te maken van ICT. Dat hangt sterk af van lokale initiatieven die opgeschaald worden. De heer Omtzigt vraagt, als ik hem goed begrijp, in hoeverre daar op landelijk niveau door de overheid een impuls aan gegeven kan worden. Ik zal dat graag in een volgende rapportage in de breedte verkennen.

De heer Omtzigt vroeg of gegevens van het epd beschikbaar gesteld kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek. Waarschijnlijk refereerde hij aan een artikel dat afgelopen dinsdag in NRC Handelsblad stond, waarin een promovendus suggereerde dat er met de komst van het epd een soort centrale database zou komen die toegankelijk zou zijn voor wetenschappelijk onderzoek. Dat is niet het geval. Het LSP is geen centrale database en je kunt alleen maar bij de medische gegevens als je daartoe geautoriseerd bent en dus een behandelrelatie hebt. Het staat dus niet zomaar open voor wetenschappelijk onderzoek.

De heer **Omtzigt** (CDA): Het woordje "zomaar" intrigeert mij. Ik kan mij daar het nodige bij voorstellen, omdat ik ooit als statisticus verbonden ben geweest aan een medische faculteit. Ik weet dat je heel leuke dingen kunt doen met dergelijke databases. Dat willen wij niet hebben, ook al zegt de statisticus in mij dat het geweldig zou zijn. Wij moeten dat niet doen. Ik vraag de minister dan ook om op termijn aan te geven welk onderzoek wel gedaan kan worden. De minister moet borgen dat op de persoon herleidbare informatie nooit beschikbaar komt zonder toestemming van de patiënt. Ik kan mij echter voorstellen dat bij de uitbraak van een epidemie gekeken wordt waar de ziektegevallen zich voordoen. Het mag echter nooit leiden tot op de persoon herleidbare informatie. Kan de minister dat waarborgen en daar, bijvoorbeeld, een AMvB voor slaan?

Klink

Minister **Klink**: Hier valt meer over te zeggen. Ik heb echter bewust gekozen om te zeggen dat deze informatie niet beschikbaar is voor wetenschappelijk onderzoek. Elke toevoeging daarop van mijn kant gaat ongetwijfeld een eigen leven leiden. Mensen denken dan: kennelijk kan het toch wel. De heer Omtzigt nodigt mij uit hier toch een punt aan toe te voegen. Bij wetenschappelijk onderzoek kan het nooit zo zijn dat informatie tot personen herleidbaar is. Dat was zo, dat is zo en dat blijft zo. Daar doet het epd niets aan af. Het is wel een van de beelden die hierover ontstaan. Het is kwalijk als mensen vanwege ongerechtvaardigde angst hiervoor zeggen niet aan het epd te willen deelnemen. Die beroven zich op onjuiste of gebrekkige informatie van een belangrijke faciliteit die wij hen aanbieden.

Mevrouw Vermeij en de heer Zijlstra vragen of met de LHV is gesproken. Het klopt dat er afgelopen week wat oriënterende gesprekken zijn geweest over diverse onderwerpen. Ik noem het standpunt van de huisartsen over invoering van het landelijk epd. Het is mijn inzet om met de LHV afspraken te maken over voortvarende deelname van de huisartsen aan het epd. Ik heb eerder met de KNMP dergelijke afspraken gemaakt over deelname van de apotheken. Onderwerp van gesprek is ook de functionele bekostiging en de zorg voor chronisch zieken. Laat een ding duidelijk zijn, voor mij nemen de huisartsen een centrale plek in de zorg in, ook in het licht van de eerder aangenomen motie over substitutie van de heer Omtzigt.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): De rol van de huisartsen is onmiskenbaar een van de belangrijkste voor totstandkoming van het epd. Lopen de gesprekken daarover goed?

Minister **Klink**: Die gesprekken verlopen vriendschappelijk. Ik wil niet vooruitlopen op de vraag of er uitkomsten te verwachten zijn. Ik geef de volgende illustratie. Ik noemde zo-even de richtlijn over het format waarin patiëntgegevens worden gezet, de ADMED-richtlijn. De richtlijn is in 2004 tot stand gekomen. Wij leven nu in 2009, zodat wij ervan uit zouden kunnen gaan dat men zich aan de richtlijn houdt en dat het dus niet zo heel bewerkelijk meer is om die in het format van het epd te zetten. Dat blijkt echter niet zo te zijn. Ik begrijp dat, omdat een richtlijn geen dictaat is. Veel huisartsen zijn er nog niet aan toe. Het levert meer werk op voor hen. Ik ben gevoelig voor dat argument. Dat is voor mij een van de redenen om daarvoor wat meer tijd te nemen en daar misschien samen in te investeren.

Ik kom toe aan de vragen van mevrouw Agema. Die stelt dat in het HARM-onderzoek niet wordt verwezen naar het epd als mogelijke oplossing om het aantal opnames door medicatiefouten te verminderen. Ik wijs haar op diverse passages die daar juist wel op duiden. De meest voorkomende fouten bijvoorbeeld zijn voorschrijffouten. Aangegeven is dat het risico om opgenomen te worden vanwege een geneesmiddel-gerelateerd probleem stijgt met het aantal comorbiditeiten. Een juist inzicht in comorbiditeit door indicatiebewaking in de apotheek kan bijdragen aan een vermindering van deze opnames. Een van de aanbevelingen van het HARM-rapport is dat een goede bewaking vereist dat de informatie bij de verschillende zorgverleners gemakkelijk toegankelijk dient te zijn, dus dat er sprake is van optimale informatie-uitwisseling. Daarnaast wil ik u wijzen op een onderzoek van TNS NIPO uit 2003

in opdracht van de NCPF, Fouten worden duur betaald, patiënten over fouten in medische informatieoverdracht. Daarin worden schattingen genoemd van het aantal ziekenhuisopnames door vermijdbare medicatiefouten. Die lopen op tot 90.000 per jaar met kosten – wat mij betreft overigens ondergeschikt – van 300 mln. op jaarbasis. Het onderzoek van de NCPF geeft aan dat een gebrekkige communicatie tussen zorgverleners hier vaak de oorzaak van is. Enerzijds worden er fouten gemaakt doordat dossiers onvolledig zijn, anderzijds omdat het dossier met de relevante informatie domweg niet beschikbaar is. Het epd verbetert dat uiteraard.

De **voorzitter**: Voordat ik mevrouw Agema het woord geef, geef ik het woord aan mevrouw Gerkens, want die zei mij net dat zij een aantal termen niet begreep.

Mevrouw **Gerkens** (SP): Om de discussie wat te verduidelijken: wat is in hemelsnaam comorbiditeit?

Minister **Klink**: Co is samen en morbiditeit is een aandoening, dus meerdere aandoeningen, maar wij kunnen afspreken om dit soort termen voortaan te vermijden.

Mevrouw **Gerkens** (SP): Graag!

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb veel op met deze minister, vooral omdat hij van huis uit een wetenschapper is, maar op dit moment weerlegt hij op geen enkele wijze wat ik heb gezegd. In het HARM-onderzoek wordt nergens gerept van een meerwaarde van het elektronisch patiëntendossier bij verlaging van het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames. De minister is op basis van de aanbevelingen zelf gaan doorredeneren als dat een epd iets zou verbeteren aan het aantal vermijdbare sterfgevallen. Dat staat niet in het HARM-onderzoek zelf. Dat is nu mijn kritiekpunt. Hij schermt voortdurend met een onderzoek waar dat niet in staat. Laten wij de andere aanbevelingen er nog maar eens bij halen. Therapietrouw, een van de zes aanbevelingen. Ook daar verandert een epd helemaal niets aan! Of de aanbeveling iets te doen aan het vrij kunnen verkrijgen van NSAID's omdat daar nog wel eens problemen mee optreden. Ook daar helpt een epd niets aan. Een andere aanbeveling is het intensiever begeleiden van patiënten, maar ook daar verbetert een epd niets aan. De minister schermst voortdurend met een onderzoek met aanbevelingen waarvan enkele helemaal niets te maken hebben met het elektronisch patiëntendossier. Bovendien wordt nergens in het onderzoek die link met een epd gelegd. Die verlenging van de conclusies komt van deze minister of van zijn voorganger Hoogervorst. Dat irriteert mij nu zo buitengewoon aan dit hele verhaal!

Minister **Klink**: De dingen die u noemde, zoals therapietrouw, zijn natuurlijk van betekenis, maar dat kunt u toch niet in mindering brengen op het belang van het epd? Als geconstateerd wordt dat er geen inzicht is in medicatie en dat daar fouten uit voortvloeien en u zegt dat men niet het epd in rechtstreekse zin benoemt als een oplossing, dan doet mij een beetje denken aan het volgende. Als wij constateren dat het vrijwel onmogelijk maar wellicht toch belangrijk is om een enkele keer binnen een paar uur in Madrid te zijn, zou ik dan niet de conclusie mogen trekken dat dit met de fiets niet zal

Klink

gaan, maar met het vliegtuig wel? U zou zeggen dat er in feite niet staat dat er een vliegtuig voor nodig is. Ik denk dan: Er is een probleem geconstateerd en kennelijk is dit vervoersmiddel de enige manier om dat op te lossen. Dat geldt ook voor medicatiebewaking. Daar vloeien fouten uit voort. U mag mij de suggestie doen om die brug wel te slaan, los van het epd.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik vind het positief dat de minister nu in ieder geval inziet dat vermindering van het aantal vermijdbare fouten van 19.000 inderdaad zijn bron niet vindt in het HARM-onderzoek, maar een soort van extrapolatie is geweest door zijn voorganger Hooger-vorst. Mijn punt is dat het epd mogelijk – hoe veel weten wij niet, want dat antwoord kon ook mevrouw Gerkens niet worden gegeven – kan zorgen voor minder vermijdbare fouten, maar ook kan zorgen voor meer vermijdbare fouten. In het epd kunnen immers ook fouten staan. Het kan onvolledig zijn, er kunnen allerlei acties worden ondernomen. Wij zagen bij het Amerikaanse "zuster"-epd dat daar ook al dingen fout gingen. Er zijn zelfs ziekenhuizen geweest die zijn gestopt met pilots, omdat mensen verkeerde brieven kregen toegestuurd doordat er allerlei fouten werden gemaakt. Dat is het punt dat ik nu al die tijd al wil maken. De minister gebruikt een argument: het epd moet, omdat het voor minder vermijdbare fouten zorgt, maar – als ik nu even de wetenschapper Klink mag aanspreken – die redenering kan ook de andere kant opgaan. Wij hebben geen bewijs. Wij kunnen niet vastpakken of het epd echt voor minder fouten zorgt.

Minister **Klink**: Neemt u dan maar een keer op gezag van de wetenschapper Klink aan dat het toch werkt en dat het toch tot minder fouten zal leiden.

Wij begonnen hier al mee. Ik bied aan dat wij eens op pad zullen gaan om bij de SEH's te gaan luisteren wat daar wordt gezegd. Het is geen spelletje, wij hebben het over een serieus probleem. Ik sprak gisteren iemand die jarenlange ervaring op de SEH heeft. Hij zei: op het moment dat iemand binnenkomt die af en toe epileptische aanvallen heeft en ik weet niet dat hij een anti-epilepticum aangereikt moet krijgen, ontstaan er grote problemen. Zo kan ik talloze voorbeelden geven. Ik zal dit soort ervaringsgegevens toch niet in de wind slaan op grond van het feit dat de wetenschapper Klink een aantal publicaties moet uitbrengen opdat mevrouw Agema kan concluderen dat het epd kennelijk een handvat kan bieden? Dat is toch vanzelfsprekend.

De **voorzitter**: Nog een keer, mevrouw Agema, maar graag kort en geen redeneringen meer.

Mevrouw **Agema** (PVV): Die vanzelfsprekendheid werkt dus ook de andere kant op, want er zijn artsen gestopt met de pilots omdat er verkeerde brieven werden verstuurd. Wij zien in Amerika dat medicatie onterecht blijft doorlopen of dat er te veel medicatie wordt gegeven. Het kan dus ook tot veel meer problemen leiden en dat inzicht wil ik de minister meegeven.

Minister **Klink**: Daarom hebben wij er jaren over gedaan om dit in te voeren en hebben wij pilots uitgevoerd. Vandaar de privacyeisen en de veiligheidseisen. Dit is allemaal bedoeld om dit soort fouten te voorkomen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Na alle kritiek van mevrouw Agema ben ik benieuwd wat zij nu wel wil. Wij kunnen toch niet volhouden dat de huidige systemen zo briljant functioneren? Daarom zijn wij toch aan dit traject begonnen. Ik richt mij tot de minister, maar misschien krijg ik in tweede termijn nog een antwoord van mevrouw Agema. Ziet de minister een alternatieve oplossing anders dan het epd om de problemen op te lossen die onder andere worden geschetst in het HARM-rapport? Ik kan het antwoord wel raden. Ik zou graag van mevrouw Agema horen welke route zij zou kiezen. De VVD is bereid om alle oplossingen te bekijken. Ik zie dit in principe als de route, maar als er een betere route is, be my guest.

De **voorzitter**: Er is nu een vraag gericht aan mevrouw Agema, maar ik neem aan dat zij hier ook al in eerste termijn over heeft gesproken.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat klopt en de heer Zijlstra was daar ook bij. Het zal duidelijk zijn dat de fractie van de Partij voor de Vrijheid veel vraagtekens plaatst bij de veiligheid en de privacy van een epd. Ik pleit dan ook niet voor uitstel, maar voorlopig zelfs voor afstel. Als er dan een epd komt en mensen moeten daar aan meedoen, dan zou dat alleen op vrijwillige basis mogen zijn, dus alleen via een nee-tenzijprincipe en anders niet.

Minister **Klink**: Wij bieden een faciliteit aan en mensen kunnen daarvan gebruikmaken of niet.

Mevrouw Agema heeft gevraagd of ik de burger voldoende heb geïnformeerd over het epd. Zoals ik tijdens het algemeen overleg op 6 november 2008 heb uitgelegd, is er heel bewust gekozen voor een brief geadresseerd aan de bewoners van dit pand. Mocht iemand die brief en de bijlage niet hebben ontvangen, dan kan een exemplaar via internet of de telefoon worden opgevraagd. Op het moment dat er voor het eerst gegevens worden aangemeld, krijgt iedereen een brief op naam en adres. Met die brief wordt iedereen persoonlijk benaderd en nogmaals gewezen op de mogelijkheid om niet mee te doen aan het epd.

Zij heeft verder gevraagd waarom er is gekozen voor een geenbezwaarsysteem in plaats van toestemming. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen het aanmelden van verwijsgegevens bij het epd en de raadpleging van het epd. Bij raadpleging is er altijd toestemming van de patiënt nodig. Dus in die zin zullen de raadpleging en het opvragen van gegevens nooit buiten de patiënt omgaan. De vrijwilligheid waarvoor mevrouw Agema pleit, bedienen wij dus optimaal.

Mevrouw Agema heeft gevraagd wat onder een noodsituatie wordt verstaan. De zorgaanbieder kan alleen het epd van een patiënt inzien met diens toestemming of de toestemming van diens vertegenwoordiger. Er wordt een uitzondering gemaakt voor noodsituaties. De situatie kan zich voordoen dat geen toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger kan worden gevraagd. Gedacht kan worden aan ernstig gewonde niet-aanspreekbare verkeersslachtoffers, waarbij een slachtoffer weliswaar bescheiden bij zich draagt waaruit een hulpverlener de identiteit en het burgerservice-nummer kan afleiden, maar een ouder of een andere wettelijke vertegenwoordiger niet tijdig op te sporen is. Dan kan de hulpverlening daar niet op wachten en is raadpleging van het epd in het kader van de hulpver-



De heer Van der Vlies (SGP)

© M. Sablerolle – Gouda

ning noodzakelijk. Het is overigens mogelijk dat iemand heeft aangegeven dat bepaalde informatie niet beschikbaar is. Die is dan ook niet beschikbaar.

Mevrouw Sap heeft het over het digitaal in plaats van mondeling geven van toestemming om het epd te raadplegen. Het wetsvoorstel geeft de patiënt de mogelijkheid om zijn epd en de centrale gebruiksregistratie elektronisch op te vragen en te raadplegen. Daarnaast kan hij zijn gegevens ook elektronisch afschermen tegen het opvragen en raadplegen door een zorgaanbieder of een categorie van zorgaanbieders. Ingevolge deze bepaling, die bij derde nota van wijziging aan het wetsvoorstel is toegevoegd, is datgene wat mevrouw Sap vraagt al mogelijk.

Mevrouw Sap (GroenLinks): Het is mij bekend hoe het zit. Ik bedoelde vooral te zeggen dat ik de regeling van de mondelinge toestemming om het epd in te kijken, wat mager vind. Ik vraag mij af of het mogelijk is een verdergaande regeling te treffen. Is het mogelijk in het epd een keuzemogelijkheid te creëren waardoor de patiënt zelf kan aangeven of hij mondeling toestemming wil geven, dan wel of hij dat via een zwaardere digitale weg wil doen? In het laatste geval zullen wij ook die zwaardere weg moeten regelen.

Minister Klink: Ik vraag mij af wat een zwaardere weg kan zijn dan dat je iemand persoonlijk vraagt of je zijn gegevens mag opvragen.

Mevrouw Sap (GroenLinks): Ik kan mij voorstellen dat een tussenvorm mogelijk is, bijvoorbeeld doordat de patiënt de mogelijkheid wordt geboden om bepaalde categorieën behandelaars uit te sluiten van toegang tot zijn dossier, bijvoorbeeld: huisartsen krijgen wel toegang, maar specialisten niet.

Minister Klink: Het is op dit moment mogelijk bepaalde categorieën van gegevens uit te sluiten voor benadering door anderen. Als voorbeeld noem ik dat een apotheker niet zomaar toegang heeft tot bijvoorbeeld gegevens over psychische aandoeningen of laboratoriumgegevens. Ook bestaat de mogelijkheid om bepaalde zorgaanbieders uit te sluiten van informatie.

Mevrouw Sap (GroenLinks): Ik kan mij voorstellen dat iemand in zijn dossier digitaal wil bekrachtigen dat hij de categorie specialisten toestemming geeft om zijn dossier in te zien. Dat betekent dat in het dossier de mogelijkheid moet worden ingebouwd dat men dit zelf thuis kan doen. Ik ben geen automatiseringsdeskundige en misschien moet de manier waarop nog nader worden uitgezocht.

Minister Klink: Ik krijg van ambtelijke zijde aangereikt dat dit kan.

Mevrouw Sap (GroenLinks): Ik verzoek de minister toe te lichten hoe dit kan in de brief die ons al is toegezegd. Tot nu toe heb ik dat nergens in de stukken kunnen terugvinden.

Minister Klink: Ik zal het nader toelichten.

De heer Van der Vlies (SGP): Vanmorgen heb ik over dit punt een interruptie geplaatst. Ik heb de zaak geparkeerd, toen de minister zei dat hij er in zijn verdere termijn nog op zou terugkomen. Het kan zijn dat een arts kennisneemt van een dossier waarvan op verzoek van de patiënt delen zijn afgedekt. Weet de behandelaar dat de informatie die hij te zien krijgt, niet compleet is?

Minister Klink: Volgens de huidige regeling weet hij dat niet. Dat is bewust gedaan op grond van het feit dat een behandelend arts wellicht toch, in de wetenschap dat bepaalde gegevens afgeschermd zijn, nadere vragen gaat stellen, waarmee de relatie onder druk komt te staan en de betrokkene wellicht toch een en ander gaat melden. Daarom vind ik de suggestie van mevrouw Sap interessant dat dit een modaliteit is waarvoor men kan kiezen en waarbij men zelf bepaalt wat een arts wel of niet mag weten.

De heer Van der Vlies (SGP): Dat geeft wel een reductie op de operationaliteit van het systeem.

Minister Klink: In die zin dat informatie niet altijd toegankelijk is maar soms wel relevant kan zijn en onthouden wordt aan een behandelend arts. Dat is ook de keerzijde van het niet deelnemen aan het epd. Met name in spoedsituaties kan dit toch echt belangrijk zijn. Nogmaals wijs ik erop dat het van onze zijde niet anders blijft dan een faciliteit die wij aanbieden, waarvan mensen al dan niet gebruik kunnen maken. De keerzijde hiervan is wel dat ik alle desinformatie die soms geopperd wordt ook wel kwalijk vind op grond van het feit dat mensen, wellicht op basis van motieven die op zichzelf zuiver zijn maar met informatie die niet zuiver is, zeggen dat zij niet meedoen. Dat is all in the game.

De heer Van der Vlies (SGP): Natuurlijk kan een patiënt er een rechtmatig belang bij hebben om iets niet bekend te laten zijn. Die kant zie ik, maar een behandelaar moet in zijn diagnose en in de behandeling die hij gaat inzetten ook een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid hebben dat hij het verhaal kent. Dan komt de professionaliteit om de hoek kijken dat hij voor zijn deel de vragen wel gaat stellen die hij nodig vindt om adequaat op te treden. Dat leidt dan toch tot een reductie op de winst die met het epd te boeken zou zijn, althans, zo komt het mij voor. Ik heb nog niet begrepen dat ik daar ongelijk in heb.

Klink

Minister **Klink**: Als informatie niet beschikbaar is, moet dat in mindering worden gebracht op het totaalbeeld dat noodzakelijk kan zijn, want sommige informatie is gewoon niet zo relevant. Ten tweede blijft er wel altijd een onderzoeksplicht. Een arts dient wel door te vragen. Als bepaalde vragen voor zijn behandeling echt relevant zijn, zoals over een bepaalde aandoening of bepaalde medicatie die de patiënt gebruikt, en als hij die niet terugvindt in het dossier, moet hij dat wel completeren. In die zin is de situatie niet: ik zie hier het volgende staan en ik verwacht geen enkele aanvulling meer van de patiënt. Er blijven toch behandelingsrelevante vragen, die de arts toch zal moeten blijven stellen. Dit was overigens ook een vraag van mevrouw Sap, die ik nu aan het adres van de heer Van der Vlies heb beantwoord.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): De minister heeft nu twee keer aangegeven dat hij het een interessante suggestie vindt, maar ik vraag mij dan wel af hoe wij hiermee verder kunnen gaan. Wat mij betreft, zou het gewenst zijn als ergens op een algemene plek in het dossier op verzoek van mensen de aantekening kan worden gemaakt dat het een gedeeltelijk afgeschermd dossier is. Het hoeft helemaal niet duidelijk te zijn wat er is afgeschermd.

Minister **Klink**: Ik sta open voor uw suggestie om er toch serieus naar te kijken of dit kan. Daarmee kom ik ook tegemoet aan wat de heer Van der Vlies zei. Een vinkje dat bepaalde gegevens niet beschikbaar zijn kan een trigger zijn om door te vragen. Het moet wel technisch allemaal mogelijk zijn, maar ik ga hier positief naar kijken en ik zal er in de rapportage op terugkomen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): De rapportage is de brief die wij voor de tweede termijn zullen krijgen?

Minister **Klink**: Ja.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik dank de minister voor de toezegging en ik hoop dat hij hiervoor ook in overleg wil treden met bepaalde patiëntenorganisaties. Laten wij maar even naar de kwetsbare organisaties kijken, bijvoorbeeld van mensen met een psychische of psychiatrische aandoening. Ik zou niet willen dat dit vinkje – ik geef maar even de andere kant weer van het verhaal van mevrouw Sap – ertoe leidt dat deze mensen niet tot afscherming van de gegevens overgaan, maar tot vernietiging. Dan zijn wij namelijk veel verder van huis. Dus laten wij even goed kijken wat ervoor zorgt dat die gegevens wel beschikbaar zijn wanneer zij echt nodig zijn.

Minister **Klink**: Dat lijkt mij een waardevolle suggestie. Die nemen wij dan ook mee, inderdaad in overleg en om dit soort situaties te vermijden.

Mevrouw Koşer Kaya vroeg hoe patiënten beschermd zijn tegen inzage door mensen zonder beroepsgeheim. Daarover hebben wij veel gesproken. Medewerkers van het landelijk schakelpunt en medewerkers van het klantloket hebben ook een aparte geheimhoudingsplicht, althans, in het wetsvoorstel is een verplichting opgenomen.

Mevrouw Koşer Kaya heeft verder gevraagd wie het LSP gaat beheren. Dat is het Nationaal ICT Instituut in de

Zorg, beter bekend als Nictiz. Dat wordt bij AMvB aangewezen voor het inrichten en beheren van het LSP.

Geeft de patiënt eenmalig toestemming of elke keer opnieuw, zo vroeg mevrouw Koşer Kaya. Daarbij moeten wij onderscheid maken tussen opname van de gegevens in het epd en het verstrekken van die gegevens. Voor de opname van de gegevens is dat een-, c.q. tweemaalig, maar telkens weer als er gegevens moeten worden uitgewisseld, moet er opnieuw toestemming worden gegeven. Dat geldt van meet af aan.

De heer Zijlstra vroeg of de doorontwikkeling van het epd ook wordt getest. Nieuwe toepassingen zullen op dezelfde manier als de huisartswaarneemgegevens en de medicatiegegevens worden geïntroduceerd. Dat betekent dat per toepassing eerst een ontwerp wordt gemaakt, dat wordt afgestemd met het zorgveld en de leveranciers. Vervolgens wordt een pilot uitgevoerd. Pas daarna komt de toepassing beschikbaar voor de zorgverleners. De verwachting is dat voor een aantal nieuwe toepassingen binnen afzienbare tijd de technische specificaties beschikbaar komen. Op basis daarvan kunnen nieuwe pilots worden uitgerold alvorens over te gaan tot een landelijke uitrol. Als de testfase adequaat verloopt en de randvoorwaarden zijn ingevuld, kan worden overgegaan tot uitbreiding van het Besluit epd, maar niet dan nadat wij ons er opnieuw van hebben vergewist dat een en ander veilig gebeurt.

De heer Zijlstra vroeg naar het actualiseren van gegevens. Zo-even kwamen wij daar al over te spreken. In het besluit is dus geregeld dat binnen 24 uur, of zoveel eerder als nodig, in het belang van de goede zorg aan de patiënt de gegevens worden geactualiseerd. Zorgverleners die hun dossiers niet tijdig aanvullen, kunnen aansprakelijk zijn als een andere zorgverlener daardoor niet de juiste informatie had om de patiënt te behandelen.

Het voorhangen van het inwerkingtredings-KB is ongebruikelijk. Ik kan de Kamer voordat ik het wetsvoorstel in werking wil laten treden een brief sturen waarin ik aangeef welke datum ik in gedachten heb, zodat ik in elk geval materieel tegemoet kan komen aan de wens om daartoe niet over te gaan dan nadat wij hierover hebben gesproken.

De heer Zijlstra vroeg of de doorontwikkeling van het epd ook wordt getest. Nieuwe toepassingen zullen op dezelfde manier als de huisartswaarneemgegevens en de medicatiegegevens worden geïntroduceerd. Dat betekent dat per toepassing eerst een ontwerp wordt gemaakt. Dat wordt afgestemd met het zorgveld en de leveranciers. Vervolgens wordt een pilot uitgevoerd. Pas daarna komt de toepassing beschikbaar voor de zorgverleners. De verwachting is dat voor een aantal nieuwe toepassingen binnen afzienbare tijd de technische specificaties beschikbaar komen. Op basis daarvan kunnen nieuwe pilots worden uitgerold, alvorens over te gaan tot een landelijke uitrol. Als de testfase adequaat verloopt en de randvoorwaarden zijn ingevuld, kan worden overgegaan tot uitbreiding van het besluit epd. Nogmaals, dat gebeurt niet voordat wij ons opnieuw hebben vergewist van het feit dat een en ander veilig gebeurt.

Dan de vraag naar het actualiseren van gegevens. In het besluit is geregeld dat binnen 24 uur of zoveel eerder als nodig is, in het belang van de goede zorg aan de patiënt, de gegevens worden geactualiseerd. Zorgverleners die hun dossiers niet tijdig aanvullen, kunnen aansprakelijk zijn als een andere zorgverlener daardoor

Klink

niet de juiste informatie had om de patiënt te behandelen.

Dan het voorhang-KB. Het voorhangen van een inwerkingtreding-KB is ongebruikelijk. Ik kan de Kamer, voordat ik het wetsvoorstel in werking laat treden, een brief sturen waarin ik aangeef welke datum ik in gedachten heb, zodat in elk geval materieel tegemoet kan worden gekomen aan de wens van de Kamer om daar niet toe over te gaan dan nadat wij daarover hebben gesproken.

De heer **Omtzigt** (CDA): Die toezegging is helder. Dank daarvoor. Kan in die brief ook worden meegenomen welke artikelen bij het KB in werking treden? Volgens het laatste wetsartikel heeft de minister de mogelijkheid om te shoppen en zelf te kiezen welk artikel hij in werking wil laten treden en welke niet.

Minister **Klink**: Wij zullen de Kamer zo volledig mogelijk per brief informeren.

Dan de vraag van de heer Zijlstra in hoeverre de motie-Schippers, één van de vele moties, over de verticale integratie versneld kan worden uitgevoerd. Vlak voor het kerstreces nam de Tweede Kamer de motie van mevrouw Schipper aan. Daarin wordt de regering gevraagd de fusie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders en het aanbieden van zorg door zorgverzekeraars wettelijk te verbieden. De heer Zijlstra is van mening dat een versnelde uitvoering van de motie ook het door diverse Kamerleden signaleerde risico kan verkleinen dat zorgverzekeraars aan gegevens uit het epd van een verzekerde kunnen komen en die gegevens vervolgens kunnen gaan gebruiken, c.q. misbruiken. Dat kan bijvoorbeeld door iemand op grond daarvan een aanvullende ziektekostenverzekering of een levensverzekering of anderszins aan te bieden of juist te weigeren. Inderdaad is het risico op misbruik kleiner als verzekeraars geen beroepsbeoefenaren in dienst mogen hebben die hun verzekerde zelf de verzekerde zorg leveren en die met het oog op een goede zorgverlening het epd van hun verzekerde zullen willen consulteren. Ik vind het onwenselijk om verzekeraars om die reden te verbieden zelf zorg te verlenen, althans mensen die bij een zorgverzekeraar werkzaam zijn. De Kamer heeft mij over de motie-Schippers en de samenwerkingsvormen tussen zorgverzekeraars en aanbieders ook recent nog Kamervragen gesteld. Binnenkort ontvangt de Kamer mijn antwoorden. De staatssecretaris en ik hebben de Kamer daarnaast afgelopen dinsdag toegezegd om nog in dit voorjaar een brief te sturen over governance. Daarin zullen wij het vraagstuk van de verticale integratie meenemen. Wat betreft die verticale integratie zien wij opnieuw dat sprake kan zijn van samenloop tussen een verzekeraar en de zorgaanbieder – dat geldt overigens ook voor de verzekeringsarts die ik zojuist noemde – maar daarvoor gelden in feite dezelfde argumenten die ik zojuist noemde. Alleen de zorgaanbieder heeft voor zijn of haar patiënten toegang tot de informatie. Als men daar anderszins gebruik van maakt, geldt het hele arsenaal aan waarborgen, zowel in preventieve als in sanctionerende zin.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. In deze situatie ligt het volgens mij net even anders dan bij de huisarts die ook bedrijfsarts is. De huisarts heeft als huisarts toegang tot zijn of haar patiëntengroep. Dan is het gemakkelijk vast

te stellen dat het ongeoorloofd is als hij naar een andere persoon gaat zoeken. Stel echter dat een ziekenhuis onderdeel is van een zorgverzekeraar. Iemand in dat ziekenhuis kan dan wel degelijk kijken naar de gegevens van een patiënt, geoorloofd, maar die informatie kan via indirecte banden op geoorloofde wijze terecht komen bij een zorgverzekeraar. Ik verwacht niet dat dit vaak voorkomt, vanwege de beroepseer, maar het is wel degelijk mogelijk dat op die manier informatie stroomt naar een zorgverzekeraar terwijl de toegang tot de gegevens feitelijk juist is.

Minister **Klink**: Dat is ook zo, maar dit geldt nu ook al voor verzekeringsartsen die tevens huisarts zijn, laten wij eerlijk zijn. Zij hebben toegang tot de gegevens van hun patiënten. Zij hebben immers een behandelrelatie. Dit geldt straks ook voor allen die in een ziekenhuis aanwezig zijn. Natuurlijk wordt wel gekeken in hoeverre men in de administratie staat, maar vervolgens wordt er altijd gekeken in hoeverre er een behandelrelatie is tussen de betrokken specialist en de persoon in kwestie. Als er geen behandelrelatie is, gaat men toch in de fout. Via de loggegevens kan men alsnog zien dat er oneigenlijk gebruikgemaakt is van de informatie, nog even afgezien van de vraag wat je met deze informatie doet.

De heer **Zijlstra** (VVD): Bij een huisarts die ook bedrijfsarts is, is veel duidelijker een scheiding aan te brengen. Het is heel helder wat de patiëntengroep is van deze persoon en of hij of zij ongeoorloofd dossiers opvraagt. In bijvoorbeeld een ziekenhuis – eigenlijk geldt dit voor alle zorginstellingen – is dat veel minder helder. Daar zien wij het probleem. Nogmaals, het zal weinig voorkomen, omdat men over het algemeen genoeg beroepseer heeft om het niet te doen. Wij zitten hier echter om te proberen de boel zo veel mogelijk dicht te schroeven. Wij zien dat probleem wel degelijk.

Minister **Klink**: Ik ben het met de heer Ormel eens als hij zegt dat het in een ziekenhuis minder gemakkelijk is om een scheiding aan te brengen tussen een behandelrelatie en het feit dat men vanuit dit ziekenhuis überhaupt een relatie met betrokkene heeft. Het fenomeen is hetzelfde; dat zie ik ook wel. Echter, de vraagstukken liggen bij verticale integratie wellicht iets indringender. Het is een van de punten waar ik gisteren met mensen van het CBP gesproken heb. Men zei dat verzekeraars om die reden – wij kennen ziektekostenverzekeringen en levensverzekeringen – Chinese walls hebben. Deze zou je hier ook moeten aanbrengen. Ik geef toe dat de vraag voortkomt uit het fenomeen van de verticale integratie waarop ik overigens in mijn schriftelijke beantwoording van de vragen nog terugkom. Hierbij zal ik wel een onderscheid maken tussen de vraag in hoeverre verticale integratie nu al kan – waarschijnlijk kan dit, gegeven de huidige criteria – en de vraag in hoeverre je dit zou moeten voorkomen door de wet te wijzigen. Deze vraag komt nog nadrukkelijk aan de orde. Dit punt maakt hiervan deel uit, dat mag duidelijk zijn.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Samen met de heer Omtzigt en vele anderen hebben wij op dit punt een amendement ingediend om iedere schijn weg te nemen. Wij horen in tweede termijn graag het antwoord van de minister.

Klink

Minister **Klink**: Van de zijde van de zorgverzekeraars is bepaald niet gelukkig gereageerd op het feit dat de Kamer heeft aangekondigd hierover een amendement in te dienen. Men voelt zich namelijk een beetje in de hoek geplaatst alsof een verzekeraar kennelijk bij deze informatie kan komen. Dat kan dus niet, ook niet fysiek. Men heeft de passen niet et cetera. Ik wil benadrukt hebben dat verzekeraars hiertoe niet de ambitie hebben en dat het ook niet kan. Voor zover hiermee reputaties gemoeid zijn, schaar ik mij graag achter de zorgverzekeraars die zeggen dit niet te willen en op dit moment ook niet te kunnen.

Tegelijkertijd kent wetgeving ook een symbolische functie. Kennelijk bestaat hierover onrust bij mensen. In die zin is preciseren in de wet dat een en ander nooit zal moeten kunnen mijns inziens geen probleem, voor zover hierin geen beschuldigend element zit dat verzekeraars wel deze ambitie zouden hebben. Dit punt speelt overigens ook bij zorginstellingen. Niet alleen de individuele behandelende arts, maar ook de zorginstellingen zelf hebben wel een verantwoordelijkheid om te voorkomen dat informatie die in hun instelling gegenereerd wordt, met anderen gedeeld wordt. Men is er verantwoordelijk voor dat de veiligheid op orde is. In die zin kan ik meegaan met die functie van de wetgeving waarbij je enerzijds de verzekerden of patiënten nog eens het signaal geeft: let op, wij schermen dit af. Anderzijds geef je in de richting van zorginstellingen het signaal: zorg dat de cultuur en de werkwijze hieraan tegemoet komen.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Ik heb een vervolgvraag. Ik volg de minister in zijn betoog. Hij preciseert een deel van de achtergronden van dit amendement. Baat het niet, dan schaad het niet. Als al deze verzekeraars zeggen wat zij in een persbericht hebben verklaard, hoeft dat ook niet. Inderdaad heeft de symbolische kant een zeer belangrijke rol.

De heer **Omtzigt** (CDA): De suggestie om te bezien hoe dit zit bij de zorginstellingen, is waardevol. Wetgeving is niet alleen symbolisch. Je geeft ermee aan wat je werkelijk niet wilt dat er gebeurt. Zo hebben wij in de Kamer vastgelegd dat wij niet mogen moorden; u niet, ik niet en mevrouw Vermeij niet. De desbetreffende bepaling in het wetboek is geen impliciete insinuatie dat wij dit vanavond van plan zijn. Dit amendement dient op precies dezelfde wijze te worden gezien. Er is niemand die denkt dat mensen dit van plan zijn, maar mocht het gebeuren, dan moet er gewoon een sanctie op staan.

Minister **Klink**: Ik denk dat de zorgverzekeraars blij zijn met deze toelichting, maar ik hoef niet voor hen te spreken. Op de verticale integratie en op dit punt komen wij overigens uitvoeriger terug. Het moge duidelijk zijn welke vragen er allemaal spelen. Anders was het amendement ook niet ingediend.

De aardige vraag werd gesteld in hoeverre ik bereid ben om mijn politieke lot op te hangen aan het lukken c.q. mislukken van het epd. Het moge duidelijk zijn dat er alles aan doe om het mislukken van het epd te vermijden, sterker, om het epd te laten slagen. Over de belangrijke voordelen voor de gezondheid van patiënten hoef ik niet uit te weiden.

De heer **Zijlstra** (VVD): Durft de minister met het oog op

het vertrouwen zo ver te gaan als zijn collega Hoogervorst bij de grootschalige veranderingen in verband met de Zorgverzekeringswet? Hij zei: ik sta ervoor in dat het goed gaat. Zo niet, dan mag men mij daarop afrekenen.

Minister **Klink**: Het is goed dat de heer Zijlstra over vertrouwen spreekt. Ik vind inderdaad dat wij voluit moeten spreken over het epd en de mate waarin dit gerealiseerd wordt, en dat wij ons niet moeten laten afleiden door de vraag in hoeverre daarmee een politieke stunt van een opstappende minister is gemoeid. Dat leidt alleen maar af van de echte zaak. Is dat geen redelijk antwoord?

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik geef toe dat het leuk gevonden is.

Minister **Klink**: Hoe gaat de structurele financiering van het epd werken? In de begroting van VWS is voorzien in een budget van 40 mln. voor ICT in de zorg. Binnen dit budget worden de structurele kosten gefinancierd van de centrale voorzieningen. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering en de kosten hiervan. Dit geldt ook voor de ICT die voor deze bedrijfsvoering noodzakelijk is.

Leidt aansluiting van het ekd tot instabiliteit van het systeem? Dat is een belangrijke vraag. Ook daarvoor geldt dat de systemen alleen kunnen aansluiten op het moment dat ze beproefd zijn op veiligheid en stabiliteit. Dit geldt dus ook voor de informatiesystemen die te maken hebben met het ekd jgz.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Als de minister het punt van de kosten heeft afgerond, wil ik daarop nog even indringend doorvragen.

De **voorzitter**: Is dat zo?

Minister **Klink**: Ja, tot nog toe wel.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik vraag mij af of de minister zich niet even achter de oren heeft gekrabbd toen hij zag dat hij verantwoordelijk is voor een van de grootste ICT-projecten bij de overheid van de afgelopen tijd en van de komende jaren, en constateerde dat daarmee structurele kosten gemoeid zijn van 40 mln. Dat bedrag is een fractie van de zorgomzet per jaar. Het percentage zit achter de komma, nul komma nul zoveel procent. Tegelijkertijd weten wij dat sectoren die voor eenzelfde uitdaging staan qua informatiebeveiliging veel meer investeren in ICT. Ik vraag mij dus af hoe de minister denkt voor een zo beperkte investering de enorm grote uitdaging van de beveiliging en het goed laten werken van het epd te kunnen aangaan. Daarbij gaat het niet alleen om de techniek maar ook om het proces, de zorgvuldigheid die mensen in de zorg moeten betrachten in het werken ermee. Hoe denkt de minister deze aspecten te kunnen garanderen voor een zo klein bedrag?

Minister **Klink**: Ik begrijp die vraag. Wij hebben natuurlijk gekeken naar het LSP en alle voorzieningen die daarmee gemoeid zijn, de centrale voorzieningen, UZI, SBV-Z en het informatiepunt epd. Daarvoor is een raming gemaakt. Wij gaan natuurlijk niet meer betalen dan strikt noodzakelijk is. Met de 40 mln. komen wij uit

Klink

om dat, en alles wat eruit voortvloeit, zoals de veiligheid, te realiseren. Dat is de uitkomst. De zorgaanbieders passen dit in de regel uit eigen budget bij. Dat betekent dat wij de separate ICT-investeringen niet op de begroting hebben staan. Die ziet men terug op de begrotingen van de ziekenhuizen, de zorginstellingen, de eerstelijnsinstellingen enzovoort. Wel ben ik gevoelig voor het zo-even door mij genoemde punt van het omzetten van de informatie in het format waardoor het werkbaar wordt binnen het landelijk schakelpunt. Dat betreft het proces waarvan mevrouw Sap sprak. Als daarvoor meer tijd en eventueel meer middelen nodig zijn, ben ik bereid om de betrokkenen daarin tegemoet te komen, zoals ik ook aan de huisartsen heb aangegeven. In dat opzicht snap ik de gemaakte opmerking over het proces. Het zou al te gemakkelijk zijn om te zeggen: dit is de verplichting, hier heb je wat geld; regel het maar.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik heb er behoefte aan om van de minister op beide punten nadere informatie te krijgen. Ik wil informatie over de incidentele kosten van de omschakeling op het epd en over de structurele investeringen in ICT en automatisering die de zorg kan doen. Ook wil ik weten of dit voldoende is om de veiligheid te waarborgen. Ik vraag de minister of hij in de brief dit eens goed op een rijtje wil zetten. Er doen namelijk allerlei verschillende bedragen de ronde. Hij moet zichzelf daarbij ook kritisch de vraag te stellen of hij daarmee de voorwaarden heeft gecreëerd om dit te laten slagen.

Minister **Klink**: Ik wil mevrouw Sap erop wijzen dat wij bij eerdere debatten een business case hebben mee-gestuurd bij de stukken. Wij hebben aangegeven wat de investeringen zijn en binnen hoeveel tijd dit terugverdiend wordt, met inachtneming van de bijdragen die wij geven aan betrokkenen die zich aansluiten. Deze informatie wil ik nog wel eens sturen. Ik zal daaraan de actuele inzichten koppelen.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik heb deze business case wel gezien. Ik moet toegeven dat ik hem niet heel diepgravend heb kunnen bestuderen. Mijn stellige indruk is echter dat in de business case vooral rekening is gehouden met de kosten van de techniek en van het onderhoud ervan en maar heel weinig met de menselijke kant en de proceskant. Gaan de mensen er echt mee werken op de zorgvuldige manier die nodig is? Welke initiële investering is daarvoor nodig?

Minister **Klink**: Dat bedoelde ik met de actuele inzichten. Ik wil met mevrouw Sap graag weten of men voldoende tijd heeft om de informatie om te zetten in het format van de richtlijn van 2004 en 2005. Ik wil daar niet zomaar aan voorbijgaan. Op sommige huisartsen en apothekers kan inderdaad een loden last rusten. Dat snap ik heus wel.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Het is mooi dat de minister een uitgebreid inzicht verschaft in de financiën. Ik heb een andere vraag over het ekd. Wellicht wordt dit dossier in de toekomst gekoppeld aan het epd. Als het elektronisch kinddossier straks wordt gekoppeld aan het elektronisch patiëntendossier, kunnen ouders dan inzien wat er in het dossier van het kind gebeurt? Zo ja, tot welke leeftijd is dit mogelijk? Is dit vanaf een bepaalde

leeftijd niet meer mogelijk? Ik kan mij voorstellen dat een zestienjarige niet wil dat zijn ouders zien wat allemaal in zijn dossier staat over wat hij zoal met de dokter heeft besproken.

Minister **Klink**: Ik vergat nog te melden dat de eventuele aansluiting van de JGZ-instellingen – je moet daarbij aan alle veiligheidsnormen voldoen, zodat het systeem veilig blijft – niet betekent dat daarmee aangesloten wordt op het epd als zodanig. Het LSP en het epd zijn natuurlijk niet hetzelfde. Men gaat via het landelijk schakelpunt communiceren. Dit betekent niet dat het epd en de inhoud van het epd zomaar toegankelijk worden voor derden, die daartoe volstrekt onbevoegd zijn omdat zij geen behandelrelatie hebben. Ook als een behandelrelatie ontbreekt, maar derden toch op het LSP aangesloten zijn, kunnen zij geen inzage krijgen in het epd. Het LSP wordt door de JGZ-instellingen in eerste instantie alleen gebruikt om dossiers over te dragen binnen de JGZ en niet aan andere beroepsgroepen in de zorg.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik kan mij voorstellen dat de techniek hiervan misschien wat ingewikkelder is. Misschien zou de minister met minister Rouvoet moeten spreken over de grenzen voor ouders om in het dossier van hun kinderen te kunnen kijken. Hebben kinderen straks zelf zeggenschap over dat dossier? Dan kan worden bepaald dat ouders niet in het dossier kunnen zien dat hun kinderen met hun zorgen over seksuele zaken naar de arts zijn gegaan.

Minister **Klink**: Dat vraagstuk speelt nu ook al. Ik heb er niet direct een antwoord op paraat. Ook nu kan een ouder naar een arts gaan en vragen om inzage in het dossier van zijn kind. Dat is hetzelfde als toegang tot de dossiers van je kind via een elektronische route. Ik wijs erop dat onbevoegden nooit toegang moeten hebben tot het epd van betrokkenen. Dit betekent tegelijkertijd een afscherming van het epd voor beroepsgroepen buiten de zorg.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik wil weten of een kind vanaf een bepaalde leeftijd zijn ouders de toegang tot zijn epd kan ontzeggen.

Minister **Klink**: Ik moet u het antwoord schuldig blijven. Ik weet het niet. Ik zie de importantie van het vraagstuk.

De **voorzitter**: Laat de minister de vragen beantwoorden. Het wordt een vreemd debat als de Kamerleden elkaars vragen beantwoorden, zoals nu buiten de microfoon om gebeurt.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): De minister sprak zojuist met collega Sap over de kosten. Een bedrag van 40 mln. lijkt mij onvoorstelbaar. Ik begrijp dat het ingewikkeld is om alle ICT-kosten in de zorg naar het epd te herleiden, maar kan de minister een poging wagen? Wat zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen straks kwijt aan de invoering van het epd? Is die vraag te beantwoorden? Ik stel nog een vraag over het ekd en het epd. Heeft een kind straks twee dossiers? Het ekd en epd gaan samengevoegd worden, maar hoe lang gaat dat nog duren?

Minister **Klink**: Het gaat om de vraag of iemand die geen medische behandelrelatie heeft met een kind,

Klink

inzicht kan krijgen in de medische gegevens. Dat kan niet. Wat uw vraag over kosten betreft, ik heb toegezegd dat ik met een opstelling kom. Bij de start van het kabinet was er sprake van 500 mln. aan bezuinigingen. Uiteindelijk zijn die met 100 mln. teruggebracht tot 400 mln. Aan betrokkenen is gemeld dat die 100 mln. voor ICT beschikbaar zou dienen te zijn. Ik weet niet of de feitelijke bedragen die ziekenhuizen investeren in ICT in begrotingen of in jaarrekeningen staan. Dat kan ik nagaan. Ik zal dat bezien in het licht van wat ik de Kamer ga melden over de investeringen die zich op dat punt aftekenen. Ik weet echter niet of het allemaal zo direct naar boven te tillen is.

Er is gevraagd op welke wijze wordt omgegaan met de registratie van placebomedicijnen. De arts of apotheker kan een placebo registeren, zodat die herkenbaar is voor andere zorgverleners. Dat gebeurt via codes, anders zou de werking van de placebo natuurlijk helemaal uitgewerkt zijn. Dat lijkt een contradictio in terminis, maar dat is het niet.

Een andere vraag is of gegevens beschikbaar zijn als het systeem van een ander uitstaat. Binnen het landelijk epd-netwerk worden geen gegevens opgeslagen. De medische gegevens blijven dus bij de bron van de zorgaanbieder. Daarom betreffen de eisen voor zorgaanbieders om het epd te mogen gebruiken beschikbaarheid. Die beschikbaarheid moet 7x24 uur gegarandeerd zijn. Om noodzakelijk onderhoud te kunnen uitvoeren, mag een systeem korte tijd uit de lucht zijn. Een zorgaanbieder moet dat wel van tevoren melden bij het LSP.

De Kamer vraagt hoe ik het aantal bezwaren beoordeel. Ik heb vanaf het begin gezegd dat het epd een faciliteit is die wij aanbieden. Als mensen er bezwaar tegen maken, dan is dat hun goed recht. Ik beschouw dat geen inbreuk op het initiatief om het epd ter beschikking te stellen aan mensen. Men kan overigens altijd het bezwaar onmiddellijk ongedaan maken. Een aantal van dergelijke verzoeken heeft ons inmiddels bereikt.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): De minister heeft natuurlijk volstrekt gelijk: het is het goed recht van mensen om bezwaar aan te tekenen. Dat onderschrijf ik, maar op een gegeven moment bereik je een kritische grens. Er kan een percentage bereikt worden waardoor het systeem niet meer goed werkt. Nu heeft 2%, 330.000 mensen, bezwaar gemaakt. Waar ligt volgens de minister de kritische grens? En als die kritische grens in zicht komt, wat kan dan worden gedaan om ervoor te zorgen dat minder mensen bezwaar aantekenen en meer vertrouwen ontstaat in het systeem?

Minister **Klink**: Ik ben het met u eens dat vertrouwen in het systeem buitengewoon belangrijk is. De kritische grens kan ik niet zomaar aangeven. Het is een faciliteit die wij mensen aanbieden. Als men daarvan gebruik wil maken, vind ik dat artsen – bij hen kan het kritische punt liggen: is men nog bereid om in het systeem te kijken? – de plicht hebben om de faciliteit aan te bieden, zelfs als het aantal deelnemers betrekkelijk gering is. Het is niet zomaar een faciliteit die wij aanbieden. Desalniettemin is vertrouwen belangrijk. Daarom heb ik er af en toe de balen van als er ontoereikende en onjuiste informatie verschijnt, want dat zet mensen op het verkeerde been. Op basis van toereikende informatie moeten mensen die keuze echter wel kunnen maken.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): De minister zegt terecht dat het zorgelijk kan worden. Zijn zorgverleners nog wel bereid om in het systeem te kijken? Als het systeem eenmaal een tijd werkt, zijn zorgverleners het niet meer gewend om zonder zo'n dossier te werken. Het risico voor mensen buiten het systeem op niet-adequate zorg wordt dan groter.

Minister **Klink**: Daarom is er ook de onderzoeksplicht ...

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): De minister zou moeten bekijken welke deelname minimaal nodig is om tot een verantwoord systeem te komen. Als de minister er nu geen uitspraak over kan doen, moet dat in ieder geval gebeuren voordat wij het debat afmaken.

Minister **Klink**: Met die kritische toon ben ik het niet eens. Doen artsen en apothekers mee, in die zin dat men bekijkt in hoeverre informatie voorhanden is? Daar ligt de kritische factor. Mensen die willen dat er gebruik van wordt gemaakt, moeten wij in staat stellen om er ja tegen te zeggen. Ik vind het eerlijk gezegd een plicht van artsen om zich ervan te vergewissen welke informatie er is. Ik draai het om. Wij hebben vandaag verschillende keren gesproken over ontoereikende regionale systemen. Stel dat je een celebrity bent, een George Clooney of een mevrouw Agema...

Mevrouw **Agema**: Een minister Klink.

Minister **Klink**: Om binnen dezelfde esthetische categorie van mijnheer Clooney te blijven, zou ik bijna zeggen. Na vandaag vertrouw je op het landelijke systeem. Je kunt veel makkelijker bij die regionale systemen en daar is dus veel makkelijker misbruik van te maken. Je gaat naar je huisarts en je vraagt om jouw informatie uit die systemen te halen. Ondertussen wil je wel dat informatie op een veilige manier uitgewisseld wordt. Dan ben je dus afhankelijk van de mate waarin de arts meedoet met het landelijke epd. De uitrol is in die zin ook weer niet zo vrijblijvend. Het heeft te maken met gezondheidswinst die je kunt boeken bij ontstentenis van een regionaal systeem dat op punten van privacy en veiligheid toereikend is. Iedereen kijkt voortdurend naar het landelijke dossier, maar er is ook nogal wat aan de hand op het moment dat een regionaal systeem niet helemaal functioneert. Ook in die zin is het ontzettend belangrijk om een impuls te geven aan het landelijke epd, om alle randvoorwaarden rondom veiligheid en privacy optimaal te maken en om uit te stralen dat dit een vertrouwenwekkend systeem is.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik blijf het wat onbevredigend vinden. Wat gaat het betekenen voor mensen die weliswaar zelf kiezen om niet mee te doen, maar vaak op grond van onvolledige informatie en beeldvorming? Stel dat in de komende maanden nog veel meer mensen bezwaar gaan aantekenen. Stel dat een miljoen mensen niet meedoen. Kan het systeem dan nog werken?

Minister **Klink**: Ja. Het betekent simpelweg dat artsen zich moeten vergewissen van de mate waarin informatie beschikbaar is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Er zijn op dit moment al 330.000 mensen met bezwaren. In hoeverre zijn alle mensen met

Klink

bezwaren ook daadwerkelijk bereikt? Er is naar 8 miljoen huishoudens een brief gestuurd, maar niet naar alle verzekerden. Moeten wij ervan uitgaan dat een veel grotere groep van mensen hier niet aan mee wil doen? Het had ook andersom kunnen zijn gedaan: niemand komt in het dossier, tenzij hij het zelf wil. Zouden het er dan ook 330.000 zijn geweest of zou de animo dan veel groter zijn geweest?

Minister **Klink**: Dit is een boeiende vraag. Wij hebben de folder goed bekeken. Wij zijn nagegaan in welke mate de mensen de folder begrepen hebben. De publiekswaardering voor de folder was buitengewoon groot. De informatieve waarde werd heel hoog ingeschat. De mate waarin men zich bewust was van het feit dat men bezwaar kon maken, was heel erg hoog. Ik zal de Kamer, indien zij daar prijs op stelt, de bevindingen van het onderzoek doen toekomen. Gevoegd bij het feit dat mensen nog een persoonlijke brief krijgen als voor de eerste keer gegevens in de verwijzindex opgenomen worden, geeft mij dat het vrouwen dat mensen zich bewust zijn van het feit dat gekozen kon worden.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wij zien het onderzoek graag tegemoet. Wij hebben er nog wel wat twijfels over of er wel voldoende draagvlak is, ook omdat 330.000 alerte mensen toch een hele hoop is.

Minister **Klink**: Nogmaals, dat die 330.000 mensen niet willen meedoen, is hun goede recht. Het is een faciliteit die wij aanbieden, niet meer en ook niet minder. Een minister van Volksgezondheid dient niet teleurgesteld te zijn als mensen uit eigen overwegingen daaraan niet meedoen, want dat recht hebben wij juist willen bedienen door die brief te sturen en betrokkenen nogmaals in te lichten daarover. Ik maak mij er druk om dat het systeem veilig en betrouwbaar moet zijn, zodat degenen die er wel voor kiezen de gezondheidswinst kunnen boeken die voor ogen stond.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Het onderzoek dat u ons doet toekomen, geeft antwoord op de vraag hoe de informatievoorziening is gewaardeerd. Mensen hebben uit eigen overweging bezwaar aangetekend. Hebt u onderzoek gedaan naar de vraag in hoeverre die eigen overwegingen zijn gebaseerd op, voorzichtig uitgedrukt, misverstanden met betrekking tot de beveiliging van de privacy?

Minister **Klink**: Er is wel gekeken in hoeverre de gemaakte afwegingen zijn onderkend. Er is voor zover ik weet niet gevraagd naar de motieven van mensen om nee te zeggen, en ik weet niet of het eigenlijk is om dat te achterhalen als overheid.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Ik zeg dit omdat er een hoop is geschreven, zeer gericht op de privacy. Maar als men weet dat men nu ook al in een regionaal systeem zit, wat bij mijn weten heel veel mensen niet zo ervaren, en als men weet dat de huidige functionele regionale netwerken zeker niet zo veilig zijn als het LSP, zouden mensen dan dezelfde keuze hebben gemaakt?

Minister **Klink**: Ik denk dat dat op zichzelf een gerechtvaardigde vraag is. Vrij simpel: de mensen die ik tegenkom, hebben vaak niet in de gaten dat er überhaupt

gegevens uitgewisseld worden in regionale systemen, en men kent zeker de vraagstukken rondom veiligheid en privacy niet. Dat is de keerzijde van het feit dat wij terecht zo intensief debatteren over het LSP en het epd. Alle vraagstellingen richten zich dan wel op het landelijke epd, en de regionale netwerken blijven in het publieke debat een beetje buiten schot. Op zichzelf zijn privacy en veiligheid voor beide systemen buitengewoon belangrijk.

De heer **Zijlstra** (VVD): Onlangs heeft nog in het AD een artikel gestaan over journalisten die gewoon gingen bellen met zorgaanbieders om het dossier op te sturen, en ze kregen het. Dat geeft al aan hoe fantastisch veilig het huidige systeem is.

Mij gaat het om die 330.000 mensen. Wat zijn hun motieven geweest? Ik snap dat dat niet gevraagd is, dat zou inderdaad oneigenlijk zijn geweest, maar de minister heeft in de memorie van toelichting gezegd: de zorgaanbieder zal de patiënt op de hoogte stellen van de voor- en nadelen van het epd. Hoe gaat dat gebeuren? Die 330.000 mensen zijn onder andere gestuurd door informatie die in huisartsenpraktijken heeft gehangen, waarin werd opgeroepen bezwaar aan te tekenen. Ze zijn gestuurd door informatie die is verschenen in allerlei media, waarbij werd gezegd: zorgaanbieders hebben onbeperkt toegang tot je dossier, wat niet waar is. Het zou in het belang van deze mensen zijn dat zij op basis van objectieve informatie hun keuze goed kunnen heroverwegen. Als zij dan nog steeds dezelfde keuze maken, alle respect, maar wel op basis van de juiste informatie. De VVD heeft op zijn minst de indruk dat een redelijk aantal mensen bezwaar heeft aangetekend op onjuiste informatie. Welke stappen bent u op dat punt bereid te nemen?

Minister **Klink**: Wij hebben in de brief en de folder geprobeerd zo toereikend mogelijk informatie te geven. Publiek debat dient buitengewoon scherp te zijn, mits op goede gronden en op basis van goede informatie. Wij zullen zien in hoeverre wij diezelfde objectieve informatie nog aan mensen kunnen meegeven. Ik zeg dit zo omzichtig en terughoudend, omdat het gaat om een faciliteit die wij aanbieden. Ik wil in geen enkel geval dat er van mijn kant een informatiegolf over Nederland komt waaromheen een soort propagandistische sfeer ontstaat. Ik wil mij bij de feiten houden en die feiten zijn dat wij een systeem willen dat veilig is en dat aan de privacy-eisen voldoet en waarvan wij hopen dat het zo snel mogelijk landelijk gerealiseerd en eventueel uitgebreid kan worden, teneinde de beoogde gezondheidswinst ermee te boeken.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat snap ik. Mijn vraag spitst zich toe op de zinsnede in de memorie van toelichting dat de zorgaanbieder het met de patiënt moet doornemen. De vraag is hoe dat nader wordt ingevuld. Ik vind het wel een terechte opmerking in de memorie van toelichting, maar ze lijkt een beetje loos, zeker gelet op wat er tot op heden gebeurt. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat die zinsnede van inhoud wordt voorzien? Ik vraag dat mede gelet op het feit dat de minister aangaf dat er daarnaast nog een onderzoeksplicht is. Dan komen wij weer op een eerder punt van mij. Als wij te veel op die onderzoeksplicht gaan hangen, valt eigenlijk het nut van het epd weg, want dan gaat niemand op het epd

Klink

vertrouwen en gaat iedereen alsnog zijn eigen ding doen.

Minister **Klink**: Ik zal uw opmerkingen gaarne inbrengen in het overleg dat ik heb met de KNMG, de LHV en andere organisaties en zal uw zorgen daarbij ook vertolken en verwoorden, dit in de wetenschap en het vertrouwen dat degene die zorg aanbiedt uiteindelijk altijd het belang van de patiënt op het oog heeft. Aan dat laatste wil ik niet twifelen en ik twijfel er ook niet aan. Soms kunnen door misverstanden allerlei barrières opgeworpen worden. Laten wij eerst die misverstanden dan maar eens uit de weg ruimen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dank. Ik zou graag zien dat u in de brief die u naar de Kamer stuurt voor de tweede termijn, ingaat op wanneer u precies vindt dat die onderzoeksplicht moet gelden. Dat is namelijk toch wel een cruciaal "haakje". Dan hebben wij er ook wets-technisch helderheid over.

Minister **Klink**: Ik zal daar graag op ingaan. Ik gaf in de richting van de heer Van der Vlies al aan dat die onderzoeksplicht eigenlijk altijd geldt, maar dat de mate waarin je daarmee als het ware de diepte in gaat, natuurlijk mede te maken heeft met het vertrouwen dat je kunt ontlenuen aan het medicatiedossier of het epd, in de zin of daar toereikende informatie in staat. Dat is een inschatting van de arts maar ik kom er in algemene zin nog op terug.

De heer Van der Vlies vroeg wat de planning is rondom het LSP. Met zijn welnemen neem ik die vraag ook mee in de schets die ik nog zal geven over de vervolgstappen. Ik heb zo-even al gezegd dat er telkens pilots zullen ontstaan of uitgebreid zullen worden en dat er testomgevingen zijn voor nieuwe releases die dan zullen worden geactualiseerd om te bezien in hoeverre het allemaal toereikend en veilig kan.

Verder is gevraagd naar de stand van zaken rond de kwalificatie van de leveranciers. Ik heb al aangegeven dat ik daarop terugkom in de schriftelijke beantwoording maar een paar kengetallen kan ik wel noemen. Wat betreft de informatiesystemen voor huisartsenposten die gekwalificeerd zijn gaat het om 90%. Ten aanzien van de apotheeksystemen gaat het om ruim 30%. Naar verwachting in het derde kwartaal zal de laatste toonaangevende AIS-leverancier ook gekwalificeerd zijn, die 40% van het marktaandeel vertegenwoordigt. Dan maak je dus direct de sprong van 30% naar 70%. Ten aanzien van de gekwalificeerde ziekenhuissystemen zitten wij nu op 60%.

De heer **Omtzigt** (CDA): Betekent voor al die systemen dat ze door middel van plug en play op het LSP aangesloten kunnen worden, dus dat er ook getest kan worden op kinderziektes en onderlinge compatibiliteit?

Minister **Klink**: Ze zijn in ieder geval in die zin veilig dat aansluiting op het LSP inderdaad mogelijk is. Ik gaf al aan dat kinderziektes met name in de pilots naar voren gekomen zijn en dat die er uitgehaald zijn, zodat de verwachting dat het problemen op zal leveren in ieder geval lager zal zijn dan in de aanvangsfase het geval was. Dat geeft ook vertrouwen dat de uitrol sneller zal gaan verlopen. Dus het antwoord is eigenlijk ja.

De heer **Omtzigt** (CDA): Misschien kunt u in de brief ook nader aangeven in hoeverre die systemen met elkaar getest zijn. Wij begrijpen van de pilot in Twente dat een aantal systemen zelfstandig wel op het LSP aangesloten kunnen worden maar dat wanneer je huisartsen-informatie uit het ene systeem wilt combineren met apothekersinformatie uit het andere systeem en met een huisartsenpost uit een derde systeem er nog een complicatie kan optreden.

Minister **Klink**: Daar wil ik graag op terugkomen. Dat is wel veronderstellenderwijs. Als de interactie tussen systemen problemen oplevert en je hebt dat onderkend en opgelost, sluit ik niet uit dat dit in het vervolgtraject sneller op te lossen valt; voor zover zich dan nog problemen voordoen, want die kun je ook voor zijn. Ik kom er desalniettemin op terug.

De heer Van der Vlies heeft gevraagd wanneer de behandelrelatie eindigt. Dat lijkt mij een relevante vraag. Als de behandelrelatie eindigt, mag een zorgverlener het epd van een patiënt niet meer inzien. Zorgverleners moeten en kunnen die relatie in het systeem beëindigen. In de autorisatieprotocollen wordt vastgelegd wanneer de behandelrelatie eindigt. Dit zal technisch worden ondersteund. Als voorbeeld noem ik een waarnemend huisarts bij wie de patiënt eenmalig komt. De behandelrelatie zal na dit consult automatisch beëindigd worden. De patiënt kan ook zelf bepaalde zorgverleners uitsluiten van toegang tot zijn dossier en de behandelrelatie beëindigen. De heer Van der Vlies doelde op een punt waar ik wel gevoelig voor ben. Gedurende welke periode blijft er sprake van een behandelrelatie met bijvoorbeeld een chronische patiënt die voor zijn hartfalen een enkele keer in het ziekenhuis komt? Dat zal inderdaad uitgewerkt moeten worden in autorisatieprotocollen. Het is een van die elementen die ik met de beroepsgroepen wil oppakken. Het speelt nu nog niet zo sterk omdat wij het over het medicatiedossier en het waarnemend huisartsendossier hebben. Wanneer specialisaties en dergelijke in beeld komen, gaat het wel spelen. Dan moet er helderheid over bestaan.

Mevrouw **Gerken** (SP): Ik heb een misschien wat technische vraag. Stel dat ik jarenlang niet bij de apotheek kom waarbij ik ben aangesloten. Vraagt de apotheker, de eerste keer dat ik er weer kom – of ik nu tien of twee jaar niet geweest ben – altijd om toestemming tot het opvragen van informatie en of wij een behandelrelatie hebben?

Minister **Klink**: Die vraag zal steeds weer worden gesteld als de behandelrelatie een actief karakter krijgt.

Mevrouw **Gerken** (SP): Moet ik mijn apotheker dan steeds opnieuw toestemming geven? Kan ik dat ook eenmalig doen omdat hij mijn vaste apotheker is?

Minister **Klink**: Nee. Als men in het medicatiedossier wil kijken, zal men aan de daar aanwezige patiënt daarvoor toestemming moeten vragen.

Mevrouw **Gerken** (SP): Dat moet dus iedere keer opnieuw gevraagd worden. Is dat bij de arts ook zo?

Minister **Klink**: Ja, dat is ook zo bij de arts.

Klink

De heer **Van der Vlies** (SGP): Er zijn een heleboel situaties denkbaar waarbij het helder is dat de behandelrelatie wordt verbroken: bij overlijden, bij verhuizing naar een ander district of andere omgeving of bij een genezenverklaring zonder dat een controletraject volgt. Veel gevallen blijven echter in principe hangen en worden niet zo helder gemarkeerd. Daar gaat mijn zorg naar uit. Misschien kan de minister dat in het overleg met de beroepsgroepen meenemen. Het zou onderdeel kunnen uitmaken van de protocollering of hoe dat verder ook wordt vormgegeven.

Minister **Klink**: In de autorisatieprotocollen moet inderdaad meegenomen worden wat de afkappunten zijn. Dan is de vraag relevant wanneer een afkappunt van de behandelrelatie zich aftekent. Zowel de bron als de uitwisseling van de informatie zal, zeker als het uitgebreid wordt, nader bekeken moeten worden.

Ik kom nog even terug op de vraag van mevrouw Gerkens. Een huisarts die een eigen dossier heeft van betrokkenen hoeft niet steeds te vragen in hoeverre hij in zijn eigen dossiers kan. Het gaat om de uitwisseling van de gegevens. Als daar meerdere partijen bij betrokken zijn, dient er geautoriseerd te worden. Men moet vragen in hoeverre de patiënt instemt met dat gegevensverkeer.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Betekent dit dat ik bij mijn vaste apotheek één keer toestemming geef? De rijen worden wel heel lang als bij iedereen en bij ieder medicijn gevraagd moet worden of men het dossier mag inzien.

Minister **Klink**: Ik veronderstel dat dit zo is. Mocht het niet zo zijn, dan laat ik het weten.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat is nu nog niet zo. Nu zijn de systemen van de huisartsen en de apothekers al gewoon gekoppeld zonder dat je daar toestemming voor hebt gegeven. In hoeverre wordt de situatie straks anders? Ik kan mij voorstellen dat het maar om 5% van de gevallen ging. Kan de minister dat verduidelijken?

Minister **Klink**: Daar zit precies een van de punten waar het College bescherming persoonsgegevens natuurlijk de vinger bij legt. Juist het feit dat er nu gegevens worden uitgewisseld zonder dat iemand daar toestemming voor geeft, is een punt van aandacht voor het CBP. Voor de goede orde: wij hebben het dan over de regionale systemen en niet over het landelijke systeem, waarbij dat juist wel geborgd is.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat punt bracht mijn fractie juist in de vorige debatten steeds naar voren. Toen gaf de minister er geen duidelijk antwoord op; nu gelukkig wel. Eigenlijk is er al jarenlang sprake van een situatie die eigenlijk niet kan.

Minister **Klink**: Nog heel even en mevrouw Agema is hartstikke blij met het landelijk schakelpunt en met het epd.

Mevrouw **Agema** (PVV): Nee, het was echt een heel serieuze vraag.

Minister **Klink**: Dit is ook een serieus antwoord. Ja, absoluut.

Mevrouw **Agema** (PVV): Nee, er is in ons land al jaren sprake van een situatie die eigenlijk niet door de beugel kan en die de minister wel laat voortbestaan.

Minister **Klink**: Even terug naar af, want dit lijkt mij inderdaad een belangrijk punt. Ja, inderdaad, wij vinden dat de huidige situatie veiliger kan en dat een en ander door meer privacywaarborgen omgeven moet worden. Dat zeggen het CBP en de inspectie ook. Wij bediscussiëren een landelijk systeem dat aan al die normen voldoet, zodat iemand die vindt dat informatie uitgewisseld dient te worden ten behoeve van zijn eigen gezondheid, erop kan vertrouwen dat het op een goede en veilige manier gebeurt, met de nodige waarborgen rondom privacy en dat niet zomaar iemand in de systemen kan. Daar hebben wij het over. De regionale systemen kunnen er uiteindelijk wellicht in geïntegreerd worden. Wanneer het landelijke systeem opgewaard is, hebben wij precies wat wij willen bereiken, namelijk gegevensuitwisseling die veilig is en voorzien is van de nodige waarborgen voor privacy. Wij kunnen dan tegen mensen zeggen: u kunt ervoor kiezen of het gebeurt of niet, maar wij bieden het wel aan. Alle zorgaanbieders zijn eraan gehouden om het aan te bieden.

De **voorzitter**: Nog één maal, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV): Wij kunnen erom lachen wat wij willen, maar er is nu geen epd en de minister gaat de invoering ervan uitstellen. Toch is er regionaal een situatie die niet mag en die niet kan. De minister laat die situatie voortbestaan.

Minister **Klink**: Mevrouw Agema herformuleert wat ik zo-even zei. Om de reden die zij noemde, wil ik dat wij er vaart mee maken. Mevrouw Agema zegt dat het geen grapje is. Ik zei zo-even: laten wij de celebraty's nemen. Ik noemde toen George Clooney en mevrouw Agema noemde mij, maar dat is inderdaad ook geen grapje. Iemand kan nu, alles overziend, liever niet willen dat er regionaal uitgewisseld wordt, omdat dat wel eens onveilig kan zijn aangezien mensen bij zijn gegevens kunnen. Bij ontstentenis van het feit dat iemand meedoet aan het landelijke epd staat zo iemand inderdaad voor de vraag: En nu? Ik kan naar mijn huisarts gaan en zeggen dat ik de gegevensuitwisseling niet meer wil, maar deze huisarts of apotheker doet niet mee aan het landelijke epd, waardoor artsen op de SEH mijn gegevens niet meer kunnen opvragen als ik spoedeisende hulp nodig heb.

Daarom moeten wij haast maken met het landelijke epd. Wij kunnen dan de gegevensuitwisseling die miljoenen mensen willen en waarvan op dit moment al miljoenen malen gebruikgemaakt wordt, regelen op een veilige en transparante manier waarbij ook de privacy is gewaarborgd. Nu begrijpt mevrouw Agema wellicht waarom ik haast wil maken met het landelijke epd.

De **voorzitter**: Mevrouw Agema, ik stel toch voor dat de minister nu zijn betoog vervolgt, want u hebt nu drie keer dezelfde vraag gesteld.

Mevrouw **Agema** (PVV): De minister kan haast maken, maar hij kan ook de huidige praktijk een halt toeroepen.

De **voorzitter**: Dat is helder, maar die vraag is meerdere

Klink

malen gesteld. Ik stel voor dat de minister zijn betoog vervolgt.

Minister **Klink**: Er past natuurlijk de nodige wijsheid bij, want ik wil geen brokken gaan maken op onderdelen die voor mensen belangrijk zijn.

De heer Van der Vlies vroeg hoe ik aankijk tegen de begrijpelijkheid van het epd en vooral tegen de vrees dat het epd in de plaats komt van een persoonlijk contact. Het epd is in eerste instantie bedoeld als middel om gegevensuitwisseling tussen zorgverleners te faciliteren. Het is natuurlijk niet bedoeld om het onderlinge contact te verminderen. Zo-even zei ik echter al dat het epd en de inzichtelijkheid van de informatie daarin, misschien juist een impuls moeten geven aan meer persoonlijk contact met de patiënt. Waarom zeg ik dat? Het zal in sommige gevallen echt belangrijk zijn dat vooral de huisarts duiding kan geven aan de gegevens die in het epd komen, zeker als mensen er rechtstreeks toegang toe hebben, wellicht geconfronteerd worden met ingewikkelde begrippen als "comorbiditeit" en daar angstig van worden. Je hebt dan een behandelend arts nodig die de gegevens kan duiden en dat geeft alleen maar meer het gewicht aan van de huisartsen in de eerste lijn. Dit punt heeft wel degelijk onze aandacht. Het komt regelmatig terug in de gesprekken die wij voeren met de zorgverleners.

Wij hebben al gesproken over de gemaakte kosten van 50 mln., zeg ik tegen mevrouw Vermeij. Zij vroeg ook in hoeverre wij verouderde normen hanteren bij het epd. Die worden niet gebruikt, want voor de ontwikkeling van het epd is in Nederland gekozen voor een internationaal erkende en veelgebruikte standaard, namelijk HL7 versie 3. Van de bedoelde EN 13606, de nieuwe norm van de Europese normcommissie CEN, zijn recentelijk vier van de vijf delen verschenen. De EN 13606 moet zich in de praktijk nog bewijzen. Nictiz volgt die ontwikkelingen nauwkeurig. Internationaal werken de internationale standaardisatieorganisaties CEN, ISO en HL7 samen om de verschillen te overbruggen en de verschillende normen op elkaar te laten aansluiten. Ik vertaal dat voor mijzelf als volgt. Er zijn internationale ontwikkelingen die de veiligheid optimaliseren. Nictiz zit er bovenop om te bezien in hoeverre die als eis voor de systemen moeten gaan gelden.

Mevrouw **Gerkena** (SP): Mijn vraag is waarom wij al niet van de norm gebruik hebben gemaakt. In Zweden wordt die al gebruikt. De RVZ heeft meerdere malen het Nictiz geadviseerd om deze Europese norm toe te passen. TNO heeft een rapport geschreven waarin staat dat het een goed toepasbare norm is. Deze norm is veiliger, beter uitwisselbaar en bevat meer standaardisering. Kan de minister mij uitleggen waarom wij hier geen gebruik van maken? De minister mag dat ook schriftelijk doen.

Minister **Klink**: Van die gelegenheid wil ik graag gebruikmaken. Ik kan zo spontaan geen antwoord geven.

Mevrouw Vermeij vraagt in hoeverre er afspraken gemaakt zijn over de inhoud van het epd. In overleg met vertegenwoordigers van de beroepsgroepen is de inhoud van de samenvattingen van het waarnemend dossier vastgesteld. Er is precies benoemd aan welke eisen de samenvatting moet voldoen. Dit traject gaan wij voortdurend belopen bij uitbreiding. Wij gaan niet van

bovenaf dicteren wat de belangrijkste onderdelen van het epd dienen te zijn.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Het epd is bedoeld voor betere communicatie. Daar gaan wij het voor gebruiken. Bij communicatie speelt taal een heel belangrijke rol. ICT-deskundigen praten daar veel over, alsook de beroepsgroep. Weet de minister of hierover afspraken zijn gemaakt?

Minister **Klink**: Voor zover mijn informatie strekt wel. Ik noemde zo-even de codering van de placebo's. Daarover zijn afspraken gemaakt aan welke codering wat ontleend kan worden. Ik heb gisteren een toelichting over medicatiegegevens gekregen bij mijn bezoek aan het ziekenhuis in Harderwijk. Daar zag ik dat bepaalde categorieën van aandoeningen worden gepreciseerd. Vervolgens spreekt men daarover in een gemeenschappelijk overeengekomen taal.

Mevrouw Vermeij vraagt naar de sancties op het moment dat de verplichting tot deelname geldt. Die is voor een instelling als zorgaanbieder € 33.500 en voor een natuurlijke persoon € 6700.

Welke stappen kan een patiënt nemen bij onterechte inzage? Die kan zich wenden tot de burgerlijke rechter met het verzoek tot schadevergoeding. Die kan, in navolging van de zo-even genoemde trajecten, ook aangifte doen van computervredesbreuk bij het Openbaar Ministerie. Daarmee is een gevangenisstraf gemoeid van een tot vier jaar en een boete van € 18.500. Daarnaast kan de patiënt de minister erop wijzen dat een overtreding heeft plaatsgevonden. Dan kan de minister een boete opleggen. Men kan zich ook wenden tot het College bescherming persoonsgegevens, de aangewezen instantie om zich te buigen over schending van de privacy. Ook kan men zich wenden tot de tuchtrechter. Dan gelden de bepalingen uit de Wet BIG, waarover vanmorgen is gesproken.

Kan er een nahang toegevoegd worden? Daarop kom ik graag terug bij de amendementen.

Hebben voorlopers last van vertraging van het epd, bijvoorbeeld in Rotterdam? Voorlopers kunnen ook zonder dat het wetsvoorstel in werking is getreden doorgaan met regionale ontwikkelingen. Gisteren is echter gebleken dat men het lastig vindt als bij de uitrol bijvoorbeeld niet alle huisartsen meedoen. Mevrouw Sap heeft ook al gevraagd in hoeverre het een hinderpaal is als bepaalde zorgaanbieders of mensen niet meedoen. Bij de zorgaanbieders wordt het als hinderlijk ervaren dat men niet over de gehele linie gegevens heeft over medicatie. Nu doet slechts een beperkt aantal huisartsen mee.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Voorzitter. Ik mis nog een reactie. In eerste termijn vroeg ik mij af of de handhaving wel stevig genoeg geregeld is. Vooraf worden de systemen goed gecontroleerd, achteraf gaan de Inspectie en het CBP controleren. Hebben die wel de expertise in huis om te bezien of de systemen wel aan alle eisen blijven voldoen? Hackers worden ook steeds slimmer en verzinnen steeds betere trucs om in te breken. Hoe wordt gecontroleerd dat de systemen voortdurend up to date blijven en aan de eisen blijven voldoen?

Minister **Klink**: Voor het LSP geldt dat sowieso. Voortdurend zal worden bezien of men aan de nieuwste

Klink

malafide technieken van derden tegemoet kan komen. Daarbij wordt ook gebruik gemaakt van hackers. Voor de informatiesystemen geldt dat ook. Als het gaat om de lokale situatie en de GBZ-kwalificatie die men kan krijgen, kom ik nog terug. Die toezegging heb ik u voor de lunchpauze gedaan.

De **voorzitter**: Ik begrijp dat men dit wil uitdiscussiëren, maar er komt nog een tweede termijn en bovendien krijgt u nog heel veel informatie.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ja, voorzitter, maar ik wil toch nog even op een klein puntje wat doorvragen. Voor mij is het heel belangrijk dat dit punt goed geregeld is alvorens wij ons eindoordeel gaan vormen. Volgens de minister zal met hackers gecontroleerd blijven worden of zowel dat LSP als de systemen waarmee de zorgaanbieders op decentraal niveau werken voldoen. Hoe moet ik mij dat voorstellen? Kan de minister dat nog wat beter beschrijven, want dat heb ik niet uit de stukken kunnen halen? Gaat dat jaarlijks gebeuren, hoe gaat dat eruit zien?

Minister **Klink**: Ik zal inderdaad terugkomen op die viertrap. Zowel op locatie als op de informatiesystemen die gekwalificeerd moeten zijn – hoe zorgen wij ervoor dat die inderdaad optimaal blijven – het LSP alsmede de elektronische inzage van de patiënt in de eigen gegevens. In hoeverre is dat alles geborgd in termen van veiligheid en privacy?

Mevrouw **Gerkena** (SP): Ik heb begrepen dat de minister aan het eind van zijn termijn is gekomen. Wij hebben nog even gesproken over die normen. Hij zou daar schriftelijk op terugkomen, maar om te voorkomen dat wij in tweede termijn weer een tekort aan informatie hebben, zou ik hem willen verzoeken om daarbij in te gaan op het TNO-rapport van 20 december 2007. Daarin staan zeer heldere aanbevelingen. Waarom is de minister dan toch niet overgegaan tot het kiezen van deze norm?

Minister **Klink**: Akkoord.

De **voorzitter**: U bent hiermee aan het eind gekomen van uw betoeg?

Minister **Klink**: Ja, maar ik dacht dat het gebruikelijk was om aan het eind van deze termijn mijn opvattingen over de amendementen te geven. Ik zou dat ook schriftelijk kunnen doen.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat u dat nu kort doet en dat de leden daar zo nodig in tweede termijn op terugkomen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Maar als het om een korte verheldering gaat?

De **voorzitter**: Natuurlijk, maar dan wel heel kort.

Minister **Klink**: Voorzitter. Allereerst dan het amendement van mevrouw Gerkena dat ertoe strekt dat alles bij AMvB wordt geregeld. Hoewel het onderhavige wetsvoorstel een kaderwet is en delegatie plaatsvindt naar lagere regelgeving voor de uitwerking van alle technische details, worden op wetsniveau de belangrij-

ste principes en uitgangspunten van het systeem vastgelegd. Ik ben van mening dat, zeker gezien de privacyaspecten die meespelen, het niet aan de orde is om de regelgeving van een zodanig systeem geheel en al op een lager niveau van regelgeving vast te leggen. Ik ontraad dan ook aanvaarding van dit amendement.

Mevrouw Gerkena heeft ook een amendement ingediend betreffende fusie van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Ik vind dit amendement overbodig. Zorgaanbieders die werkzaam zijn binnen zorgverzekeraars zijn gebonden aan het medisch beroepsgeheim. Ook de Wbp verbiedt om de voor een behandeling noodzakelijke gegevens verder te verwerken voor andere doelen, zoals acceptatie voor aanvullende verzekeringen. Er is dus al regelgeving en het is daarom niet nodig dit nog eens te regelen bij het wetsvoorstel. Ik ontraad ook aanvaarding van dit amendement.

Dan de amendementen van de leden Omtzigt en Vermeij. Dit amendement maakt het voor de patiënt mogelijk om zijn epd zelf op elektronische wijze op te slaan. Ik zou dit mogelijk willen maken zodra de verplichting tot aansluiting voor de zorgaanbieder in werking treedt, dat wil zeggen de wettelijke verplichting om aan te sluiten. Ik zie dit amendement als een ondersteuning van het beleid. Ik laat het oordeel echter toch aan de Kamer over om een en ander ook van die kant kracht bij te zetten.

Het volgende amendement is van de leden Vermeij en Omtzigt en heeft betrekking op de voorhang. De hierin voorgestelde voorhangprocedure is de zwaarste vorm die voorhanden is. Het definitieve besluit wordt voorgelegd aan de Kamer en indien een vijfde deel van de leden verzoekt dit onderwerp bij wet te regelen, moet het bij wet geregeld worden. Een nadeel van deze vorm van voorhangen is niet alleen dat het een soort alles of niets systeem is, in die zin dat er een totaal wetgevingstraject in het leven moet worden geroepen als men niet akkoord kan gaan met de algemene maatregel van bestuur, maar dit levert ook een enorme vertraging op omdat het hernomen moet worden, opnieuw aan de Raad van State moet worden voorgelegd en opnieuw als onderdeel van een wet moet worden ingediend. Om tegemoet te komen aan de wens tot een zwaardere voorhangprocedure ben ik – dat zei ik vanmorgen al – bereid de bestaande voorhangprocedure naar vier weken te brengen. Ik zal daartoe een nota van wijziging indienen.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): De minister noemt een aantal nadelen van het amendement, maar hij heeft er geen oordeel over uitgesproken.

Minister **Klink**: Ik ontraad de aanneming van het amendement en ik zal een nota van wijziging indienen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb nog twee vragen over het laatste amendement. Het was juist de bedoeling van de indieners dat de Kamer, indien er onenigheid zou ontstaan over een stukje van de algemene maatregel van bestuur, de minister nog zou kunnen bewegen om een verandering aan te brengen. Wil de minister een zodanige nota van wijziging opstellen dat de Kamer nog enige invloed heeft en de algemene maatregel alsnog kan worden gewijzigd? Het is niet onze bedoeling om er een alles-of-nietspulletje van te maken. Het is juist onze bedoeling om – omdat dit zo'n kaderwet is – te kunnen

Klink

reageren op de details van de algemene maatregel van bestuur.

In de tweede plaats wijs ik erop dat wij nog een amendement hebben ingediend op stuk nr. 19. Aangezien de minister het amendement van mevrouw Gerkens op stuk nr. 20 al heeft beoordeeld, vraag ik naar zijn oordeel over dit amendement.

Minister **Klink**: Dat amendement mis ik hier.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister daar schriftelijk op reageert. Dan is het oordeel van de minister beschikbaar voor het vervolg van dit debat.

Minister **Klink**: Volgens mij hebben de heer Omtzigt en ik dezelfde intentie met de algemene maatregel van bestuur. Het is mijn intentie om de Kamer maximaal mee te nemen en van haar kant goedkeuring te krijgen voor de besluitvorming. Ik zal een dusdanige vormgeving zoeken dat de Kamer ruimte, tijd en gelegenheid heeft om haar vinger op te steken als zij het op onderdelen anders wil.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik wil nog ingaan op de inhoudelijke reactie van de minister op de voorhang-procedure. Zegt hij nu dat – als het amendement wordt aangenomen – de procedure inhoudt dat de Kamer de algemene maatregel van bestuur kan laten doorgaan, maar dat er een wettelijke regeling moet worden getroffen als zij het stuit? Heb ik dat goed begrepen? Dat zou ons ook een stap te ver gaan. Kan de minister dan een aangepaste ministeriële regeling voorstellen?

Minister **Klink**: Ik heb het amendement ontraden. Als de algemene maatregel van bestuur aan de Kamer wordt voorgelegd en een vijfde van haar leden wil onderdelen ervan wijzigen, ben ik gehouden om een wetgevings-traject te beginnen waarin vervolgens weer een meerderheid nodig is. Dit lijkt mij een omslachtige weg, want dan moet je van een algemene maatregel van bestuur al snel bij een gekwalificeerde meerderheid overstappen naar een wetswijziging. Ik stel nu voor om de algemene maatregel van bestuur vier weken voor te hangen. Wat mij betreft worden die vier weken dan ook zo ingevuld dat ik gevoelig ben voor commentaar van de Kamer zodanig dat de algemene maatregel van bestuur wordt herzien.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: Ik dank de minister voor de beantwoording van de vragen. Wij hebben afgesproken dat hij de Kamer de gevraagde informatie tijdig voor de tweede termijn zal toesturen. Die tweede termijn vindt waarschijnlijk over twee weken plaats.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

Aan de orde is het **spoeddebat** over **de persverklaring van de minister van Defensie over zijn uitspraken tijdens het vragenuur van 13 januari 2009**.

De **voorzitter**: Voordat wij met dit spoeddebat beginnen, heet ik de Turkse minister van Justitie hartelijk welkom: minister, a special welcome to you in our parliament.

De spreektijd is drie minuten per fractie. Als eerste is het woord aan de heer Van Bommel.

□

De heer **Van Bommel** (SP): Voorzitter, in het vragenuur van 13 januari van dit jaar ging het jammerlijk mis. De minister van Defensie wist niet dat hij een interview aan De Telegraaf had gegeven op 27 december 2008. Dat was geadviseerd. Hij kon zich het interview met het Nederlands Dagblad, waarin soortgelijke uitspraken werden gedaan en waarover ik vandaag mijn vragen wil stellen, niet herinneren. Naar ik later heb begrepen, was de minister toen nog niet behandeld aan zijn gebroken pols. Ik heb in de media dan ook de veronderstelling geuit dat hij dat vragenuur zwaar gedroefd moet hebben doorgebracht, waarschijnlijk ook nog in pijn. Dat kan een verklaring zijn voor de antwoorden die wij die dag kregen.

In het vragenuur wilde ik drie zaken centraal stellen die in de interviews tot uitdrukking waren gekomen.

Ten eerste de uitspraak dat Nederland in 2010 stopt als leading nation, leidend land, in Uruzgan.

Ten tweede de uitspraak dat er geen nieuwe grote missie in Afghanistan komt. Ik heb dat opgevat als een politieke intentieverklaring.

Ten derde de uitspraak dat de krijgsmacht niet in staat is om een dergelijke missie na 2010 nog uit te voeren. Dat heb ik opgevat als een militaire uitspraak, althans, een uitspraak van militaire betekenis.

De eerste uitspraak is niet omstreden: Nederland houdt op leidend land te zijn in Uruzgan na 2010. Dat staat ook in de artikel100-brief die wij over de verlenging hebben ontvangen.

De tweede en derde uitspraak met betrekking tot een nieuwe grote missie en het al dan niet in staat zijn tot het uitvoeren daarvan, waren nieuwe uitspraken in de interviews. Daarover stond niets in de artikel 100-brief die wij op 30 november 2007 hebben ontvangen. Het wordt ook niet herhaald in de excuusbrief die de minister gisteren naar de Tweede Kamer heeft gestuurd. Eerder ontving de pers een andersluidende verklaring, want in de persverklaring staat dat alles wat er in de interviews wordt gezegd, een- en andermaal met de Tweede Kamer is besproken. Dat is volgens mijn fractie niet het geval: er is nooit met de Tweede Kamer besproken dat er geen nieuwe grote missie kan worden gedaan. Evenmin is met de Tweede Kamer besproken dat de krijgsmacht niet tot een nieuwe grote missie in staat zou zijn.

Mijn eerste vraag is of de minister van Defensie de beide beweringen hier expliciet wil herhalen. Hij doet dat niet in de excuusbrief aan de Tweede Kamer. Ik vind dat hij deze uitspraken, omdat ze zijn gedaan in interviews, hier vandaag moet herhalen.

Mijn tweede vraag is of, als inderdaad om militair-technische redenen en los van het politieke debat, geen nieuwe grote missie kan worden gedaan, de minister ervoor wil zorgen dat dat signaal internationaal wordt afgegeven. Door uitspraken van de minister van Buitenlandse Zaken en van de minister-president bestaat echter het beeld dat er een nieuw weegmoment komt en dat bij dat nieuwe weegmoment alle opties open zijn, ook de optie dat Nederland eventueel een nieuwe grote missie gaat doen in een ander deel van Afghanistan. Dit beeld zal hier vandaag moeten worden bevestigd, want dat heeft de minister afgegeven in zijn interviews in De