

Vergaderjaar 2020–2021

**27 529**

## **Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg**

**Nr. 233**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 december 2020

Samen met het zorgveld zet ik stappen naar de juiste zorginformatie op de juiste plek op het juiste moment. Een goed werkend informatiestelsel is een belangrijke voorwaarde voor goede zorg. Het informatiestelsel moet zorgverleners in staat stellen om gemakkelijk de juiste gegevens met elkaar en met de patiënt te delen. Burgers en patiënten moeten regie kunnen nemen op hun zorg en zorginformatie. Een stelsel met een open, decentrale inrichting en een ICT-markt waarin sprake is van een gelijk speelveld voor ICT-leveranciers, draagt hier aan bij. In deze brief schets ik u het stelsel dat ik voor ogen heb.

Met deze brief geef ik uitvoering aan een aantal moties uit het algemeen overleg Gegevensuitwisseling van 9 oktober 2019. Het gaat onder andere om de motie van het lid Hijink<sup>1</sup> over open standaarden en koppelingen voor gegevensuitwisseling. Vanwege de samenhang tussen een informatiestelsel met open standaarden en een transparante en concurrerende zorg-ICT-markt, geef ik met deze brief tevens uitvoering aan de motie van het lid Ploumen (PvdA) c.s.<sup>2</sup> over maatregelen voor de ICT-markt in de zorg. In deze brief ga ik ook in op de motie van het lid Van den Berg<sup>3</sup> over uitbreiding van de set aan basiseisen voor gegevensuitwisselingssystemen. Aanvullend hierop heeft uw Kamer tijdens een Verslag van een Algemeen Overleg (VAO) Gegevensuitwisseling (Handelingen II 2020/21, nr. 21, VAO Gegevensuitwisseling/Gegevensbescherming/ICT/E»-health/Slimme zorg/Administratieve lasten) de motie van de leden van den Berg en Kerstens<sup>4</sup> aangenomen ten aanzien van mijn beleid rond ICT-kosten en de analyse van generieke functies en gemeenschappelijke publieke voorzieningen.

<sup>1</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 202

<sup>2</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 203

<sup>3</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 199

<sup>4</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 223

Verder informeer ik u over eerder gedane toezeggingen, zoals het beleggen van het publiek houderschap op het beheer van informatiestandaarden<sup>5</sup> en de mogelijkheden van het Covid-portaal van Philips. Ook geef ik invulling aan de toezegging hoe ik de keuzemogelijkheid voor zorginstellingen wil vergroten en belemmeringen voor toetredende leveranciers wil wegnemen.

Mijn voorganger heeft u deze brief al eerder toegezegd, maar vanwege de uitbraak van Covid-19 heb ik de invulling hiervan moeten uitstellen.

Allereerst zal ik de aanleiding schetsen voor deze brief en het belang van een open informatiestelsel. Daarna schets ik het beleid wat reeds in uitvoering is en aanvullende maatregelen die ik wil nemen om het gewenste open stelsel te realiseren.

### **Aanleiding**

Het huidige informatiestelsel om gegevens uit te wisselen is nog onvoldoende open. Gebrek aan openheid is bijvoorbeeld te zien bij infrastructuren die weliswaar gebruik maken van open standaarden, maar toch één technische voorziening aanwijzen voor het transport van gegevens. Deze exclusieve verwijzing beperkt de keuzevrijheid van zorgverleners voor andere voorzieningen en beperkt het gelijke speelveld van leveranciers omdat het producten van andere leveranciers uitsluit.

Het komt voor dat door ICT leveranciers bedrijfseigen en gesloten standaarden worden toegepast, wat andere leveranciers en oplossingen uitsluit, leidend tot afhankelijkheid van de leveranciers. Voor het gebruik van gesloten standaarden moet door andere ICT-leveranciers licenties worden betaald. Dit zet een rem op de interoperabiliteit en innovatie en resulteert in hoge kosten en onvoldoende keuzevrijheid.

Er zijn veel voorbeelden van zorgdossier systemen van ICT leveranciers die niet «open» zijn: systemen van andere ICT-leveranciers krijgen alleen tegen hoge kosten toegang tot de gegevens in die dossiersystemen. De leveranciers specificeren simpelweg niet hoe de gegevens benaderd kunnen worden door andere systemen. Hergebruik en gegevensuitwisseling worden daardoor geremd, net als innovatie.

Gebrek aan openheid is ook zichtbaar met betrekking tot adres- en capaciteitsgegevens in infrastructuren. Deze gegevens zijn nodig om bijvoorbeeld verwijzingen bij de juiste zorgverlener af te leveren. Concurrerende leveranciers krijgen in de praktijk geen toegang tot deze adressen en kunnen er dan ook geen berichten afleveren. Daarmee worden deze leveranciers afgeschermd en wordt de interoperabiliteit gehinderd.

### **Uitgangspunten**

Onder mijn regie wordt gewerkt aan zorg brede afspraken over standaardisatie van de informatievoorziening in de zorg. Dit betekent dat er voor verschillende aspecten van het informatiestelsel gekozen wordt uit de standaarden die hier van toepassing zijn. Deze keuzes zijn noodzakelijk om de interoperabiliteit<sup>6</sup> van ICT-systemen en gegevensuitwisseling te verbeteren en te versnellen. Deze standaardisatie afspraken moeten

---

<sup>5</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 210

<sup>6</sup> ICT systemen of organisaties zijn interoperabel als ze zonder beperkingen samen kunnen werken

gebaseerd worden op (internationale) open standaarden<sup>7</sup> in plaats van op bedrijfs-eigen of gesloten standaarden. Ik zie de volgende uitgangspunten bij het streven naar deze openheid:

#### *Interoperabiliteit*

Het gebruik van open standaarden is een belangrijke voorwaarde voor interoperabiliteit en versnelling van de gegevensuitwisseling. Dit zorgt voor eenduidige koppeling van ICT-systemen onderling die tegelijkertijd de ICT-markt en innovatie stimuleert. Het geeft bestaande en nieuwe ICT-leveranciers helderheid over de eisen waaraan voldaan moet worden. Leveranciers kunnen hun producten hierop (door)ontwikkelen en beter toegang krijgen tot de zorg ICT-markt; toetredingsbarrières nemen hierdoor af. Dominante marktposities en monopolisering (verworven door beperkend gedrag of afhankelijkheid van leveranciers), die vaak een hindernis vormen voor interoperabiliteit, worden zo tegengegaan.

#### *Zeggenschap en herbruikbaarheid data*

Zorgverleners moeten zeggenschap hebben over de toegang tot zorggegevens, zodat deze hergebruikt kunnen worden in ICT-systemen naar hun keuze. Door hergebruik van zorggegevens kan de kwaliteit van zorg verbeterd worden en kunnen administratieve lasten worden verlaagd. Denk hierbij aan hergebruik ten behoeve van het overdragen en verwijzen van cliënten, netwerkzorg, beslissingsondersteuning en gepersonaliseerde zorg. Uiteraard moeten hierbij privacy en het beroepsgeheim in acht worden genomen.

#### *Keuzevrijheid en betaalbaarheid*

Het gebruik van open standaarden draagt ook bij aan keuzevrijheid in het kunnen selecteren van verschillende leveranciers en systemen en daarmee ook de betaalbaarheid voor zorgaanbieders. Zij moeten hun verantwoordelijkheid voor een goede ICT-ondersteuning kunnen invullen en daartoe kunnen kiezen uit verschillende oplossingen, met een voorspelbaarheid dat deze verschillende functionaliteiten of systemen wel aansluiten op elkaar.

#### *Transparante werking van systemen*

De toepassing van open standaarden bevordert ook transparantie over de werking van het informatiestelsel; cliënten en zorgverleners kunnen vertrouwen op het stelsel omdat helder is hoe dit stelsel werkt. Zorgverleners kunnen zo beter sturing geven aan de doorontwikkeling van technische oplossingen, wat de kwaliteit ervan ten goede zou moeten komen.

#### *Decentraal, tenzij*

Het motto in dit stelsel is «decentraal, tenzij». Waar mogelijk streef ik naar een divers aanbod van decentrale (commerciële) technische oplossingen. Hierdoor ontstaat keuzevrijheid en worden kwetsbare zwakke schakels in

<sup>7</sup> Volgens Forum Standaardisatie voldoet een open standaard aan 4 kenmerken:

1. De benodigde documentatie moet laagdrempelig (tegen lage kosten) beschikbaar zijn.
2. Er mogen geen hindernissen zijn op het terrein van intellectueel eigendomsrecht.
3. Er moeten voldoende inspraakmogelijkheden zijn voor stakeholders tijdens de (door)ontwikkeling van de standaard.
4. De onafhankelijkheid en duurzaamheid van de standaardisatieorganisatie moeten verzekerd zijn.

het informatiestelsel en in de infrastructuur (zoals één landelijke opslag van data) vermeden.

Tenzij een centrale voorziening, om goede redenen, een betere oplossing is...

Zoals de motie Van den Berg ook stelt, is er in het zorgveld behoefte aan gemeenschappelijke voorzieningen. De komende periode verken ik met het veld en experts welke voorzieningen dit kunnen zijn en welke afwegingen ik daarbij kan maken.

### **Oorzaken van onvoldoende openheid van het stelsel**

#### *Onvoldoende regie op standaardisatie*

Het onvermijdelijke gevolg van gebrek aan regie op standaardisatie is geweest dat veel (delen van) ICT-systemen als maatwerk zijn gebouwd. Deze systemen kunnen op zich zelf goed functioneren, maar ondersteunen de interoperabiliteit beperkt. Het vermijden van maatwerk blijkt ingewikkeld, omdat zorgbrede afspraken over taal en techniek op veel gebieden nog ontbreken en onvoldoende op open standaarden gebaseerd zijn. Dit heeft dus ook te maken met variatie in dossiervoering tussen zorgverleners en in de wijze waarop informatie geregistreerd wordt.

In projecten waar wel gebruik gemaakt van internationale open standaarden, wordt er bij implementatie soms te veel van deze standaarden afgeweken, volgens internationale ICT leveranciers. Deze standaarden worden dan bijvoorbeeld te sterk aangepast aan de Nederlandse praktijk. Investerings moeten daardoor in de (relatief kleine) Nederlandse zorgmarkt terugverdiend worden. Dit remt ook de toetreding van nieuwe internationale leveranciers. In de Taskforce Samen Vooruit (VNO NCW/ICT-leveranciers) en het programma Twiin (Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie: Vz vz) wordt door zorgaanbieders en bedrijfsleven gesproken over mogelijke oplossingsrichtingen.

#### *Onvoldoende transparantie in de markt*

De zorg ICT-markt lijkt nu onvoldoende transparant en onvoldoende competitief. Onafhankelijke kosten- en prestatievergelijkingen van ICT-systemen zijn nodig om zorgaanbieders inzicht te kunnen bieden in reële marktprijzen voor vergelijkbare functionaliteiten. Zorgaanbieders kunnen nu moeilijk controleren of zij een eerlijke prijs betalen en of leveranciers voldoen aan afspraken rondom bijvoorbeeld open standaardisatie. Zorgaanbieders moeten hier nu zelf onderzoek naar doen, waar vaak niet de expertise voor in huis is.

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) is een sectoronderzoek gestart naar informatiesystemen en gegevensuitwisseling in de ziekenhuiszorg en de technische en commerciële strategieën die marktpartijen hanteren. Eind 2020 wordt een eerste marktverkenning afgerond; de ACM wil de sectorstudie in de loop van 2021 afronden. Zodra deze studie is afgerond kan ik bezien of er vanuit het perspectief van gegevensuitwisseling aanleiding is voor (verdere) interventie in de zorg ICT-markt.

#### *Gebrek aan zeggenschap over toegang tot zorggegevens*

Op dit moment zijn er geen (effectieve) afspraken tussen zorgaanbieders en ICT-leveranciers rondom de zeggenschap van zorgaanbieders over zorggegevens. Door het gebrek aan het gebruik van open standaarden zit data vaak op niet-gestandaardiseerde manieren in dossiersystemen van zorgaanbieders opgeslagen. ICT-leveranciers hebben onvoldoende

prikkels om de toegang tot zorggegevens te specificeren en aan andere leveranciers te verschaffen. Hierdoor kunnen zorggegevens binnen de wettelijke randvoorwaarden niet worden uitgewisseld met andere zorgaanbieders.

### **Doelstellingen en aanpak**

Over de wijze waarop ik bovenstaande constatering wil adresseren zal ik hieronder ingaan. Hiermee geef ik uitvoering aan de motie van het lid Ploumen c.s.<sup>8</sup> die verzoekt om aan te geven welke acties ik ga inzetten ter bevordering van het gebruik van open standaarden en een open ICT-markt in de zorg.

Mijn aanpak laat zich onderverdelen in een vijftal thema's:

- Uniforme afspraken om interoperabiliteit te realiseren;
- Regie op open standaardisatie versterken;
- Bevorderen van gelijk speelveld, innovatie en vraaggerichtheid;
- Zeggenschap en deblokken zorggegevens;
- Mitigeren van zwakke schakels in de infrastructuur.

### **Uniforme afspraken voor interoperabiliteit**

Bestaande en nieuwe ICT-systemen en infrastructurele oplossingen moeten aan uniforme afspraken over taal en techniek gaan voldoen. Normering zie ik als het aangewezen middel. Hiermee geef ik ook uitvoering aan de motie Van den Berg over uitbreiding van de set aan basiseisen voor gegevensuitwisselings-systemen.

Met het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz), dat op dit moment voor advies bij de Raad van State ligt, wordt voorgesteld per gegevensuitwisseling normen verplicht te stellen die aangeven aan welke standaarden de gegevensuitwisseling moet voldoen. De normen moeten op grond van wereldwijde normeringsafspraken aansluiten bij open internationale standaarden. ICT-producten zullen hierop gecertificeerd worden. De verwachting is dat de Wegiz op deze manier bijdraagt aan een open ICT-markt in de zorg. Dit en meer licht ik verder toe in mijn brieven over het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

Ik wil ook normen laten ontwikkelen voor zogenaamde generieke functies die voor alle gegevensuitwisselingen nodig zijn, zoals identificatie, authenticatie en autorisatie. Deze normen (in combinatie met certificering) zullen ook gelden voor bestaande landelijke infrastructurele voorzieningen zoals het LSP, zodat deze aantoonbaar passen in het open stelsel en alternatieve decentrale systemen kunnen worden aangesloten. De totstandkoming en verplichting van deze normen maakt ook deel uit van het programma elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz). Hiermee geef ik uitvoering aan de motie Hijink.

Privaatrechtelijke normen kunnen ook effectief zijn zonder wettelijke verplichting. Zo heeft het project Veilige e-mail (voorafgaand aan de Wegiz) geresulteerd in een nieuwe NEN-norm en technische afspraken tussen de relevante ICT-leveranciers. De eerste zes leveranciers zijn inmiddels gecertificeerd. Alle zorgverleners die klant zijn bij deze leveranciers kunnen hierdoor nu veilig onderling communiceren. «Veilige mail» is zo een goed voorbeeld dat ik navolging geef in mijn samenwerking met ICT-leveranciers.

---

<sup>8</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 203)

## **Regie op open standaardisatie**

Op dit moment ontbreekt afdoende regie op open standaardisatie. Zoals gezegd is er soms discussie over de mate waarin open (internationale) standaarden aangepast worden aan de Nederlandse praktijk. Daarom kies ik onder de Wegiz ook voor normontwikkeling binnen de NEN-spelregels: deze borgen dat standaarden die in het stelsel gebruikt worden ook daadwerkelijk open zijn, vrij van licenties en niet onnodig veel van de internationale standaarden afwijken. Als aanvullende maatregel overweeg ik een publieke houder van het standaarden stelsel aan te stellen, die hierop kan toezien. Ik zal u in het voorjaar nader informeren over inrichting van dit houderschap.

## **Bevorderen gelijk speelveld, innovatie en vraaggerichtheid**

Alle hiervoor genoemde maatregelen dragen ook bij aan het creëren van een open en gelijk speelveld voor leveranciers. Dit biedt echter geen garantie dat de zorg ICT-markt ook daadwerkelijk in beweging komt. In lijn met de motie van de leden van den Berg en Kerstens zal ik daarom aanvullend de volgende nieuwe initiatieven nemen, te verdelen in drie lijnen:

1. Stimuleren van mogelijkheden voor nieuwe toetreders;
2. Versterken en vergroten van invloed van klanten op leveranciers, en;
3. Uitgaven aan ICT in de zorg in balans brengen met de maatschappelijke functie ervan.

### **1. Stimuleren van mogelijkheden voor nieuwe toetreders**

Om de juiste interventies te identificeren wil ik de situatie op de zorg ICT-markt nader onderzoeken. Zoals ik eerder in deze brief al aangaf is de ACM onlangs een sectoronderzoek gestart naar informatiesystemen en gegevensuitwisseling in de ziekenhuiszorg en de technische en commerciële strategieën die marktpartijen hanteren. Eind 2020 wordt een eerste marktverkenning afgerond. Begin 2021 zal ik mij, onder andere op basis van deze marktverkenning, samen met het Ministerie van Economische Zaken en Klimaat (EZK), bezinnen over te nemen stappen. De ACM wil de sectorstudie in de loop van 2021 afronden. Zoals toegezegd in het AO gegevensuitwisseling van 8 oktober jl. (Kamerstuk 27 529, nr. 221) zal ik uw Kamer over de uitkomsten van het sectoronderzoek informeren.

Via de Taskforce Samen Vooruit, een initiatief door VNO-NCW, MKB-Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), stimuleer ik samenwerking tussen ICT-leveranciers. Deelnemende partijen hebben aangegeven te willen concurreren op basis van open standaarden en niet op de toegankelijkheid van data. De deelnemers van de Taskforce werken onder andere samen aan technische afspraken ten aanzien van bijvoorbeeld zorgadressen en beelduitwisseling. Deze technische afspraken vormen input voor NEN normen, zodat ook (nog) niet betrokken leveranciers kunnen aansluiten en profiteren. Dit naar voorbeeld van het hiervoor genoemde «veilige mail».

Naar verwachting wordt in december de eerste set van technische afspraken (voor beelduitwisseling) gepubliceerd voor publieke consultatie. Eind 2021 moeten deze afspraken ten uitvoer zijn gebracht door betrokken ICT-leveranciers, waardoor de zorgverleners die van hun ICT-producten gebruik maken, landelijk medische beelden kunnen uitwisselen. In deze ontwikkeling wordt aangesloten bij het programma Twiin van Vz vz en geleerd van de ervaringen met het Covid 19-portaal van Philips en vergelijkbare portalen. Zoals toegezegd zal ik u over deze ontwikkelingen blijven informeren.

## 2. Versterken en vergroten van invloed van klanten en gebruikers

De zorg is complex en kent vele processen en beroepsgroepen en daarmee ook een zeer diverse vraag naar ICT-ondersteuning. Een gevarieerd ICT-aanbod vanuit voldoende leveranciers past hierbij.

Dit vraagt om goede sturing op het ICT-aanbod vanuit gebruikers, zorgverleners en cliënten. Deze sturing is nog niet overal aanwezig: veel zorgverleners geven aan onvoldoende invloed te hebben op de ICT-ontwikkeling door hun leveranciers. Daarom zet ik in op het versterken van de gebruikerssturing op ICT-innovatie en implementatie.

Het doel is een ICT-aanbod dat aantoonbaar voldoet aan de gebruikerseisen, door testen en beproeving in de zorgpraktijk en waar nodig door certificering. Daartoe werk ik zoals hierboven beschreven aan normering met sterke inbreng door zorgverleners, onder andere in het kader van de Wegiz. Verder bevorder ik versterking en professionalisering van de ICT-gebruikers. Daartoe voer ik overleg met dokters met kennis van ICT en zorg ICT-specialisten (CMIO's, CIO's, CNIO's<sup>9</sup>), gebruikersverenigingen en regionale samenwerkingsverbanden. Ik ga nader verkennen hoe ik deze gebruikersgroepen meer positie kan geven in het stelsel. Dit doe ik bijvoorbeeld al met Stichting LEGIO, die het gezamenlijk overleg organiseert tussen gebruikersorganisaties uit de huisartsenzorg en hun ICT-leveranciers. Het Informatieberaad Zorg is als hoogste bestuurlijke vertegenwoordiging de tafel waar ik sector brede en generieke thema's rondom gegevensuitwisseling in de zorg bespreek. In voorkomende gevallen kan ik als Minister knopen doorhakken.

De afgelopen periode heb ik op verschillende manieren meer regie genomen om te komen tot een uitbreiding van de eerste set aan basiseisen voor leveranciers en een duurzaam stelsel en werkende oplossingen in de praktijk. Daarmee uitvoering gevend aan de motie van het lid van den Berg (Kamerstuk 27 529, nr. 199). Zo stimuleer ik beroepsverenigingen, koepels en andere samenwerkingsverbanden om gezamenlijke (vaak generieke) eisen aan ICT en systemen op te stellen, zowel op het gebied van gegevensuitwisseling als van het dagelijkse gebruik van bijvoorbeeld registratiesystemen. Boven die minimale (generieke) eisen moeten individuele afnemers ook eigen afspraken kunnen blijven maken. De technische invulling van deze kwaliteitseisen kan door het veld in kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en in NEN-normen worden uitgewerkt. Voor specifieke NEN-normen die ik wettelijk verplicht, neem ik de ontwikkelkosten op me. Ik roep zorgprofessionals op om actief een inbreng te leveren.

Daarnaast voer ik elk kwartaal bestuurlijk overleg met (een vertegenwoordiging van) ICT-leveranciers om voortgang op gemaakte afspraken en de implementatie van open standaarden te bespreken. Voorstellen om gegevensuitwisseling te verbeteren zijn vaak sneller bedacht dan uitgevoerd. In de praktijk lopen leveranciers tegen allerlei tekortkomingen en praktische uitvoeringsproblemen aan. Voorheen was het gebruikelijk dat iedere leverancier hiervoor in overleg met eigen klanten maatwerk oplossingen zocht. Om gegevensuitwisseling te versnellen moet dit in elk geval gezamenlijk, maar ook onder regie gebeuren en in goed overleg met verenigde leveranciers en zorgverleners. Zo kan er snel gereageerd worden op signalen van leveranciers en door zorgverleners gedragen keuzes gemaakt worden.

---

<sup>9</sup> CMIO = Chief Medical Information Officer, CNIO = Chief Nursing Information Officer, CIO = Chief Information Officer

Aanvullend neem ik het initiatief om in gesprek te gaan met zorgverzekeraars en het veld om, waar mogelijk en binnen de kaders van de wet- en regelgeving, sterkere samenwerking bij de inkoop van ICT te organiseren. De relatie tussen meldingen van medicatiefouten en mogelijke verbeterpunten in ICT-systemen.

Het RIVM en het Amsterdam UMC hebben in een eerder met u gedeeld onderzoek gewezen op vermijdbare medicatiefouten door betere informatie-uitwisseling en gebruik van ICT-systemen<sup>10</sup>. Op basis van bijvoorbeeld het in dit onderzoek benoemde meetinstrument zouden verdere eisen ontwikkeld kunnen worden.

### **3. Uitgaven aan ICT in de zorg en de maatschappelijke functie ervan.**

Het is wenselijk dat ICT-leveranciers in de zorg aan dezelfde transparantieverplichtingen gaan voldoen als de sector waarvoor ze werken. Ik heb ICT-leveranciers eerder aangesproken op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid als het gaat om het delen van data, het verdienmodel en het meewerken aan de maatschappelijke doelstelling van de zorg. Dit levert echter nog niet het gewenste resultaat op.

Ik zet daarom in op een aantal aanvullende acties. Allereerst ben ik voornemens leveranciers te binden aan maatschappelijke normen en waarden van de Nederlandse gezondheidszorg middels een manifest of een convenant. Samen met werkgeversorganisaties en samenwerkingsverbanden kan de sector zelf een signaal hierover afgeven. Hiernaast verken ik meer dwingende maatregelen tegen de «commerciële en technische strategieën» die ICT-leveranciers kunnen hanteren om concurrentie te beperken.

Ik wil bezien of we met wetgeving excessen in de zorg-ICT kunnen voorkomen en hiermee ondoelmatige besteding van zorggelden tegengaan. Zoals we in Nederland «dure geneesmiddelen» beoordelen op toegevoegde waarde en kosteneffectiviteit, kan ICT in de zorg ook een dergelijke beoordeling ondergaan. Daarbij wil ik laten onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om kosteneffectiviteit zeker te stellen zonder daarbij innovatieprikkels bovenmatig te schaden. Zo wil ik volledig juridisch advies over de huidige en toekomstige mogelijkheden die ons Nederlandse en Europese recht biedt. Uiteraard in goed overleg met de Staatssecretaris van EZK en de Europese Commissie. Ik informeer uw Kamer, zoals toegezegd, in de eerste helft van 2021 over de kosten van ICT in de zorg.

### **Zeggenschap en deblokken zorggegevens**

Zoals gezegd streef ik er naar dat zorgverleners zeggenschap hebben over de toegang tot zorggegevens, zodat deze hergebruikt kunnen worden in ICT-systemen naar hun keuze. Dat wil ik bereiken door afspraken te maken over taal en techniek en de implementatie van deze afspraken te stimuleren. Zo stimuleer ik via de VIPP-regelingen onder andere de implementatie van zorginformatiebouwstenen (ZIB's) en aansluiting op het MedMij afsprakenstelsel. De implementatie van de ZIB's ten behoeve van de uitwisseling tussen zorgverleners blijkt echter kostbaar, omdat de zeggenschap van zorgverleners hierop nog beperkt is en de zorggegevens nog opgesloten zitten in dossiersystemen.

---

<sup>10</sup> Rapportnummer2020-0067

Het vergroten van de herbruikbaarheid is van grote betekenis voor modernisering van zorgprocessen en informatievoorziening. In juni 2020 besprak het Informatieberaad een advies met betrekking tot twee verschillende vormen van informatie-uitwisseling: een aanbod- en een vraag gedreven uitwisseling. In andere sectoren (banken, verzekeraars en dienstverlening) is de transitie naar een meer vraaggerichte informatievoorziening al grotendeels gemaakt.

Denk hierbij aan de dienstverlening van app's en mobiele toepassingen. Daardoor hebben burgers meer regie gekregen en zijn administratieve lasten teruggedrongen. Deze innovatie kan alleen effectief plaatsvinden wanneer zorggegevens volgens afspraken ontsloten worden. Het Informatieberaad heeft gevraagd de impact en de transitie naar deze modernere technologie in beeld te brengen. Dit onderzoek start nog in 2020 en is in de loop van 2021 afgerond. Ik informeer uw Kamer over de uitkomsten.

Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek en juridisch advies wil ik regie nemen op het deblokken van data. Mijn doel is om de zorgverlener (en niet de ICT-leverancier) te laten bepalen welke app of ICT-systeem toegang zou moeten krijgen tot zorggegevens. Daarbij moet deze zeggenschap betrekking hebben op het gehele dossier en niet tot onvoorspelbare kostendrempels leiden. Een mogelijk scenario hierin is het ontwikkelen van een «gedragscode dataportabiliteit» zoals bedoeld in de AVG of het ontwikkelen van een norm en wettelijke verplichting voor dataontsluiting zoals de VS en Duitsland deze kennen.

### **Geen zwakke schakels in de infrastructuur**

In een open decentrale architectuur worden kwetsbare zwakke schakels en de afhankelijkheid van één of weinig systemen zo veel mogelijk vermeden. Dit betekent bijvoorbeeld dat niet alle zorginformatie via één enkel knooppunt wordt uitgewisseld. Of dat alle gegevens op één plek bewaard worden. Dit zou namelijk leiden tot grote afhankelijkheid van één dienstverlener en tot risico's voor de continuïteit van zorg en de informatiebeveiliging. Er kunnen echter goede redenen zijn om, op plekken, van een decentraal stelsel af te wijken en centrale, gemeenschappelijke voorzieningen in te richten. Ook in deze gevallen wil ik (een belangrijk deel van) de openheid borgen, door deze voorzieningen onder publieke sturing te brengen.

In dit kader heeft het Informatieberaad opdracht gegeven voor een analyse naar nut en noodzaak om voor generieke aspecten zoals identificatie, authenticatie en toestemming gemeenschappelijke voorzieningen te ontwikkelen dan wel te kiezen voor marktwerking. Ik bezie deze analyse in het kader van de uitvoering van de motie van de leden Van den Berg en Kerstens (Kamerstuk 27 529, nr. 222). Ik zal u dan ook voor de zomer van 2021 informeren over de uitkomsten van de analyse. Verder zal ik de komende maanden bezien hoe ik meer regie en sturing kan nemen op de landelijke infrastructuur. Hiertoe zal ik een afwegingskader ontwikkelen.

### **Tot slot**

Voor het informatiestelsel zorg en de zorg ICT-markt streef ik naar maximale openheid, tenzij. Samen met het zorgveld werk ik toe naar een stelsel met open standaarden waarmee we eenheid in taal en techniek realiseren. Hiermee ontstaat er een gelijk spelveld tussen ICT-leveranciers hetgeen de innovatie en kostenefficiëntie in zorg ICT

bevordert. De Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg zal deze eis tot interoperabiliteit in de nabije toekomst wettelijk borgen.

Er zijn nog behoorlijk wat andere obstakels op weg naar openheid van markt en stelsel en het mogelijk maken van een versnelling in het elektronisch uitwisselen van gegevens. Met de geschetste aanpak wil ik marktwerking, innovatie en vraaggerichtheid bevorderen en spelers op de ICT-markt er meer van doordringen dat zij naast commerciële doelstellingen ook een maatschappelijke functie vervullen.

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark