

Vergaderjaar 2010–2011

31 466

Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg

V

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 maart 2011

Graag dank ik uw Kamer voor de inbreng tijdens de eerste termijn van de plenaire behandeling van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet gebruik burgerservice-nummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg (het wetsvoorstel «EPD») die op 15 maart 2011 in uw Kamer heeft plaatsgevonden. In deze brief beantwoord ik de vragen die daarbij gesteld zijn. Ik ben uw Kamer erkentelijk voor de extra tijd om uw vragen zorgvuldig te beantwoorden.

Allereerst zal worden ingegaan op vragen die door meerdere partijen gesteld zijn waarna vervolgens op de afzonderlijke vragen van de verschillende kamerleden (op volgorde van sprekers) zal worden ingegaan.

Antwoord op vragen van de kamerleden Tan (PvdA), Laurier (GroenLinks), Slagter-Roukema (SP), Franken (CDA) en Dupuis (VVD) over het doel en de verwachtingen van het landelijk EPD, of dit doel duidelijk is vastgesteld.

Het doel van elektronische gegevensuitwisseling in het algemeen en van het landelijk EPD in het bijzonder is helder: ondersteuning van het zorgproces, het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg, het terugbrengen van fouten, het voorkómen van dubbel onderzoek en het telkens herhalen van de historie door de patiënt. Doelmatige uitwisseling van gegevens in de zorg maakt de zorg beter, sneller en efficiënter.

In 2002 is, na het mislukken van proeven met zorgpassen met patiëntengegevens, door de zorgkoepels gekozen voor de oprichting van NICTIZ ten behoeve van de ontwikkeling van een landelijk medisch dossier in de zorg. De keuze voor een landelijke infrastructuur heeft plaatsgevonden in afstemming met het veld van zorgverleners. In 2003 is op instigatie van het Nederlands Huisartsgenootschap begonnen met het opstellen van de

landelijke standaarden voor het waarneemdossier huisartsen. In 2004 is door de KNMG, KNMP, NVZ, GGZ NL, NVZA, NHG, Orde en de NFU het manifest «veilige medicatie en ICT» aangeboden aan minister Hoogervorst. In het manifest staat: «*iedere medicatiefout is er een te veel (...). Daartoe wordt in de komende jaren een landelijke infrastructuur gerealiseerd. Voor vrijblijvendheid is geen plaats (...). De gezondheidszorg lijkt soms een verzameling eilandjes met eigen ICT-oplossingen. Daar komt wat ons betreft snel een eind aan. Wij roepen de minister op dit manifest ter harte te nemen.*»

De Tweede Kamer heeft in 2005 de toenmalige minister nadrukkelijk opgeroepen de invoering van het landelijk EPD snel ter hand te nemen, te komen tot een wettelijke verplichting en zelf de regie te nemen op de invoering.

Antwoord op de vragen van Tan (PvdA), Laurier (Groen Links), Slagter-Roukema (SP), Franken (CDA) en Dupuis (VVD) over het gekozen ontwerp/design, het toezicht daarop en of de ontwikkeling wel vanuit het oogpunt van de beroepsbeoefenaar c.q. in afstemming met het veld heeft plaatsgevonden.

Ten behoeve van de patiëntveiligheid en kwaliteit zijn artsen afhankelijk van goede informatie. Er worden nu jaarlijks ruim 100 miljoen gegevens op een niet effectieve, niet gestandaardiseerde en slecht beveiligde wijze uitgewisseld. Door ondersteuning van gestandaardiseerde en gestructureerde gegevensuitwisseling in de zorg en het stellen van hoge beveiligings- en toegangseisen zorgt de landelijke EPD-infrastructuur voor de vereiste verbetering van de uitwisseling en wordt de huidige regio-begrenzing overstegen.

Er waren 4 mogelijkheden denkbaar voor het uitwisselen van patiëntgegevens: 1) opslag op een pas; 2) centrale opslag; 3) regionale opslag of 4) opslag bij de zorgverlener. Aan de hand van ontwerpeisen die passen bij de Nederlandse gezondheidszorg is door NICTIZ in afstemming met het veld gekozen voor de EPD-infrastructuur op basis van gegevensopslag bij de zorgverlener. Dit ontwerp verdiende duidelijk de voorkeur boven de drie andere denkbare opties. Na een grondige analyse is geconstateerd dat de reeds bestaande regionale communicatienetwerken (OZIS-clusters voor apotheken en de OZIS-clusters voor de huisartsen) technisch niet geschikt waren om tot het gewenste beveiligingsniveau, interoperabiliteit en performance te komen. Derhalve is gekozen voor een nieuw te ontwerpen toekomstvaste infrastructuur (AORTA) die, voor wat betreft de uitbreiding van uitwisseling van gegevens, incrementeel ontwikkeld kan worden. Gelet op de wens van het veld is gestart met huisartswaarneemgegevens en de uitwisseling van medicatiegegevens. Daarnaast heeft continu overleg plaatsgevonden in de Stuurgroep ICT en het Platform ICT waarin alle relevante koepels vertegenwoordigd waren. Op 28 oktober 2009 is een akkoord bereikt over een uitgangspuntennotitie invoering EPD, opgesteld door het ministerie van VWS en de koepelorganisaties KNMG, LHV, KNMP, NHG, VHN, KNGF, V&VN, NMT en de Orde.

In de ontwerpfase is sprake geweest van extern toezicht: in opdracht van VWS zijn in 2004 de architectuur en specificaties geaudit door DCE Consultants waarbij geconstateerd is dat het gekozen ontwerp aansloot bij de ontwerpeisen. In 2004 heeft Het Expertise Centrum (HEC) vervolgens in opdracht van VWS een inventarisatie uitgevoerd naar witte vlekken en risico's. De infrastructuur is in 2005 geaudit door KPMG. Deze audit wordt jaarlijks gecontinueerd. Op kleine schaal is er in diverse regio's eerst in de praktijk gepilot, getest en geëvalueerd door Plexus en het Telematica Instituut (van november 2006 t/m februari 2009).

Antwoord op vragen van de kamerleden Tan (PvdA), Slagter-Roukema (SP) en Dupuis (VVD) over de (wetenschappelijke) onderbouwing van de invloed van het landelijk EPD op het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg.

In de dagelijkse praktijk is de noodzaak van de beschikbaarheid van de juiste gegevens op het juiste moment evident. Dagelijks worden ziekenhuizen bij de opname van patiënten geconfronteerd met het feit dat de gebruikte medicatie maar moeilijk te achterhalen valt.

Uit een Nederlandse onderzoek uit 2006 naar geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames («HARM») blijkt dat er jaarlijks 19 000 patiënten opgenomen worden in het ziekenhuis door verkeerd gebruik van geneesmiddelen. Zij komen voort uit verkeerd voorschriftgedrag onder andere door onvoldoende uitwisseling van gegevens (overdracht van de medicatiegegevens) en het onvoldoende (kunnen) monitoren van patiënten. Naar schatting kan minimaal 30% van de vermijdbare ziekenhuisopnames ten gevolge van verkeerd medicatiegebruik worden vermeden door gebruik van het EPD. Dat het landelijk EPD een essentiële bijdrage kan leveren aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg benadrukt de KNMP in haar thema magazine «medicatieveiligheid» (uitgave februari 2011).

Een onlangs uitgevoerde pilot op dit terrein (in de zgn. High 5-ziekenhuizen) toonde aan dat het aantal medicatiefouten bij spoedopnames met 80% gereduceerd kan worden door binnen 24 uur na een spoedopname te beschikken over een actueel medicatieoverzicht. Met de komst van het EPD zal dit voor ziekenhuizen een haalbare zaak worden.

Algemene conclusie van het Britse onderzoek «The Impact of Health on the quality and safety of health care» is dat er relatief weinig empirisch bewijs is die de effectiviteit van digitale innovaties zoals het EPD kan onderbouwen. Eén en ander staat niet gelijk aan bewijs dat dergelijke innovaties ineffectief zijn. Er is niet mee aangegeven dat het in de (Nederlandse) praktijk niet werkt.

Antwoord op vragen van de kamerleden Tan (PvdA), Slagter-Roukema (SP) en Dupuis (VVD) over de noodzaak van een EPD-wet als specifiek wettelijk kader voor de uitwisseling van medische gegevens op zowel landelijk als regionaal niveau in het licht van het reeds aanwezige wettelijke kader, te weten de WGBO, de Wet BIG en de WBP.

In uw brief van 27 oktober 2010 heeft u mij gevraagd welke stappen zullen worden ondernomen ter wettelijke verankering en ter handhaving van standaarden en criteria waar elektronische informatieuitwisseling in de zorg aan dient te voldoen. In mijn brief van 13 januari 2011 heb ik uw Kamer geantwoord dat de wettelijke verankering van standaarden en criteria waaraan de elektronische informatieuitwisseling in de zorg dient te voldoen plaatsvindt door middel van het wetsvoorstel zoals dat bij u voorligt.

De EPD-wet stelt aanvullende eisen voor de uitwisseling op het gebied van privacy, beveiliging, toezicht, sancties en rechten van de patiënt. Hierbij vult de wet de algemene bepalingen van de WBP en WGBO in. Deze aanvullende eisen zijn specifiek gericht op de elektronische uitwisseling van gegevens via de landelijke infrastructuur én overige (regionale) communicatie. Uitwisseling zonder wet is mogelijk, echter dan gelden deze aanvullende eisen niet. De EPD-wet stelt een duidelijk normenkader voor de elektronische uitwisseling van gegevens. Ook het

CBP is van mening dat het normenkader dat in de wet wordt beschreven een goede invulling van de WBP is.

Hierbij de aanvullende eisen van de EPD-wet op een rij:

- Toegangsbeveiliging: toestemming van de patiënt bij raadplegen is vereist alsmede registratie van de behandelrelatie.
- Beveiligingseisen: invulling van algemene artikelen van de WBP voor passende beveiliging.
- De toekomstige plicht van de zorgverlener om aan te sluiten geeft patiënten recht op een EPD en zorgt voor een compleet beeld van de betreffende gegevens van de patiënt.
- De algemene WGBO-rechten van patiënten worden uitgewerkt door de inrichting van het Klantenloket en specifieke rechten op inzage bij de zorgaanbieder.
- Transparantie: duidelijkheid over welke gegevens worden uitgewisseld en tussen wie. Verder is door logging helder wie welke gegevens heeft aangemeld/geraadpleegd.
- Standaarden voor uitwisseling: met de koepels zijn afspraken gemaakt over welke gegevens worden uitgewisseld (veldnorm maar nu vastgelegd).
- Regels voor regionale uitwisseling (bijvoorbeeld informatieplicht en eisen aan beveiliging).

Antwoord op vragen van de kamerleden Tan (PvdA), Van den Berg (SGP) en Dupuis (VVD) over de huidige stand van zaken met betrekking tot de invoering van het landelijk EPD mede in het licht van de motie Tan (31 466, O) waarbij is gevraagd de activiteiten ten aanzien van het EPD en specifiek het LSP op te schorten.

Mevrouw Tan heeft in de stemverklaring bij haar motie aangegeven dat haar motie zich niet verzet tegen de verdere vrijwillige aansluiting van zorgverleners op de landelijke infrastructuur voor de elektronische uitwisseling van medicatiegegevens en huisartswaarneemgegevens. In een brief aan uw Kamer van 5 oktober 2010 heeft mijn voorganger dan ook aangegeven dat het proces van vrijwillige aansluiting – binnen de uitgezette lijnen – doorgang zal vinden.

Het aantal burgers van wie medicatiegegevens en waarneemgegevens kan worden geraadpleegd via het landelijk schakelpunt bedraagt op dit moment bijna 8,5 miljoen. Dit zijn 8,5 miljoen unieke BSN's. Het aantal opvraagbare dossiers is 11,7 miljoen. Er zijn d.d. 18 maart 2011 3755 zorgaanbieders (60%) aangesloten, waarvan 1964 huisartsenpraktijken (48%) en 112 huisartsenposten (88%) en 1663 apotheken (84%) en er zijn inmiddels bijna 3 miljoen berichten uitgewisseld via de landelijke infrastructuur.

Antwoord op vragen van de kamerleden Tan (PvdA) en Van den Berg (SGP) over de in de wet geïntroduceerde vorm van nahang en de invloed van het parlement.

De in de wet geïntroduceerde vorm van «zwarte nahang» is erin gekomen bij amendement van de Tweede Kamer. De Tweede Kamer vond de bestaande bepaling over voorhang, waarbij de Kamers het concept-voorstel van de AMvB voor de vaststelling toegezonden zouden krijgen voor commentaar, onvoldoende zekerheid bieden. Er is daarom een bepaling geïntroduceerd waarbij de Kamers na vaststelling van de AMvB kunnen bepalen dat deze niet in werking mag treden. Deze bepaling geeft de Kamers daarmee het laatste woord met betrekking tot hoe de AMvB eruit moet zien. Gaan de Kamers niet akkoord met inwerkingtreding dan zal ik de AMvB immers aan moeten passen aan de wensen en zal deze opnieuw het wetgevingstraject, waaronder advisering door de Raad van

State, moeten doorlopen. Door de nahanprocedure heeft de Kamer invloed op toekomstige uitbreidingen.

Antwoord op vragen van de kamerleden Tan (PvdA), Laurier (GroenLinks), Slagter-Roukema (SP), Engels (D66), Van den Berg (SGP) en Dupuis (VVD) over het vraagstuk van privacy en beveiliging inclusief een reactie op Guido van «t Noordende.

Het totale scala aan waarborgen ziet er als volgt uit. Ten eerste wordt systematisch gecontroleerd of de betreffende burger (algeheel) bezwaar heeft gemaakt, vervolgens wordt gecheckt of er sprake is van een bestaande, of bevestigde behandelrelatie en moet de arts de patiënt om toestemming tot raadpleging hebben gevraagd.

Ten tweede is het door middel van de UZI-pas en het autorisatiemechanisme in het landelijk schakelpunt technisch gezien zo geregeld dat alleen huisartsen toegang kunnen krijgen tot de set huisartswaarnemgegevens en kunnen alleen apothekers, huisartsen en specialisten van aangesloten ziekenhuizen toegang krijgen tot de medicatiegegevens.

Ten derde geldt dat het technisch zo geregeld is dat een raadpleging onder de genoemde condities alleen vanuit het computersysteem van de eigen instelling kan plaatsvinden. Het is niet mogelijk om vanaf andere systemen dan het eigen gekwalificeerde systeem in combinatie met de UZI-pas en pincode als arts toegang te krijgen tot de gegevens. Deze waarborgen zijn generiek getroffen om oneigenlijk gebruik en oneigenlijke toegang maximaal te beperken. Alle raadplegingen worden gelogd en eventuele bedreigingen worden continu (= 7x24 uur) geïnventariseerd, geanalyseerd en geadresseerd. Indien nodig worden maatregelen aangepast of aanvullende technische, procedurele en organisatorische maatregelen getroffen.

De beveiliging is door een groot aantal experts vanuit verschillende perspectieven of opdrachten getoetst. Veelvuldig is tijdens het debat door u verwezen naar één van hen, drs. Van 't Noordende, onderzoeker van de UvA. Hij is vanuit een afstudeeronderzoek geïnteresseerd geraakt in het landelijk EPD. Zijn bureauonderzoek, gebaseerd op een eerdere versie van de ontwerpdocumentatie, heeft geleid tot een aantal kritiekpunten waarvan een belangrijk gedeelte in de recente documentatie niet meer van toepassing is. Andere experts komen tot andere oordelen dan Van 't Noordende. Zo stelt het Fraudedetector Expertise Centrum van de VU na onderzoek dat «*privacy en beveiliging van data en informatie voor NICTIZ topprioriteit zijn. Het besef en de uitwerking ervan in beveiliging, systemen en processen bij de EPD-beheerder is zelfs sterker dan (op sommige) plekken in de financiële wereld.*»

Het scala aan beveiligingsmaatregelen wordt regelmatig geaudit en getest door gerenommeerde onafhankelijke bureaus: TNO, GovCert, KPMG, PwC, Madison Gurkha, e.d. Onlangs is voor de derde keer de hacktest op het LSP uitgevoerd. Door een onafhankelijke ethical hacker, er zijn geen onveilige aspecten ontdekt.

Antwoord op de vraag van de kamerleden Tan (PvdA) en Engels (D66) over de betrouwbaarheid van de gegevens in het EPD.

De betrouwbaarheid van de gegevens in het EPD is afhankelijk van de zorgvuldigheid/mate van standaardisatie van registratie door de betreffende zorgverleners. Dit geldt uiteraard zowel voor lokale, regionale als landelijke systemen.

De huisartsenberoepsgroep heeft, ten behoeve hiervan, een richtlijn opgesteld die geldt sinds 2004: de richtlijn Adequate Dossiervorming met

het Elektronisch Patiëntendossier (ADEPD). Werken conform de richtlijn van de beroepsgroep zelf is ook de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep. Met de beroepsgroepen is in de uitgangspuntennotitie overeengekomen dat als principe geldt dat vanaf het moment van de invoering van het waarneemdossierhuisartsen, geregistreerd wordt volgens deze richtlijn.

Antwoord op vragen van de kamerleden Tan (PvdA), Slagter-Roukema (SP), Van den Berg (SGP) en Dupuis (VVD) over de grotere kans op fouten door de schaalgrootte van het landelijk EPD c.q. de moeilijkheid foute gegevens te corrigeren.

Dat landelijke gegevensuitwisseling zou leiden tot een grotere kans op fouten en vele malen riskanter zou zijn dan regionale uitwisseling is een misvatting. Doordat de gegevens bij de bron blijven, blijft de zorgverlener zelf verantwoordelijk voor de juistheid van de brongegevens. De opvragende zorgverlener kan de gegevens inzien, maar de gegevens blijven decentraal bij de zorgverlener die ze heeft verstrekt. Dat betekent dus dat de gegevens die worden opgevraagd niet gewijzigd kunnen worden.

Eventuele foutieve gegevens kunnen (doordat gegevens bij de bron blijven) aan de bron worden gewijzigd. De landelijke infrastructuur is niet vergelijkbaar met het openbare internet. Op het internet hebben miljoenen gebruikers toegang tot gegevens en kunnen deze kopiëren en opnieuw beschikbaar stellen. Bij bepaalde informatie is verwijdering dan praktisch onmogelijk vanwege de vele kopieën. Via de landelijke infrastructuur is het opslaan van een kopie van opgevraagde gegevens uitsluitend in zeer specifieke gevallen toegestaan. Een ongebreidelde propagatie van kopieën zoals op internet wordt daarmee voorkomen.

Antwoord op de vraag van de kamerleden Tan (PvdA) en Slagter-Roukema (SP) of het landelijk EPD historische gegevens bevat en hoe lang die gegevens worden opgeslagen.

Via de landelijke infrastructuur kunnen de volgende gegevens worden uitgewisseld:

- Medicatiegegevens: deze gegevens zijn ALLEEN zichtbaar voor apotheken, huisartsenposten en ziekenhuizen (ziekenhuisapothek, polikliniek, spoedeisende hulp). Medicatiegegevens zijn die gegevens die een apotheek heeft vastgesteld over de geneesmiddelen op recept die in de laatste 15 maanden zijn verstrekt.
- Huisartswaarneemgegevens: deze gegevens zijn ALLEEN zichtbaar voor huisartsen en bevoegde medewerkers op een huisartsenpost of bij een waarnemende huisartsenpraktijk. Huisartswaarneemgegevens bevat: Algemene patiëntgegevens, probleemlijst en episodelijst, Journaal (4 maanden terug of de laatste 5 consulten), alle actuele medicatie (tijdelijk, chronisch intermitterend), recent gestopte (4 maanden) medicatie, alle (geneesmiddelen) intoleranties, alle contra-indicaties en overdrachtgegevens.

Het betreft dus historische gegevens over de laatste 15 maanden (emd) of laatste 4 maanden/laatste 5 consulten (ewd). Daar kan – indien de beroepsgroep dit noodzakelijk acht in verband met de behandeling – nog andere informatie aan worden toegevoegd, bijvoorbeeld geneesmiddelen-intoleranties. Het zijn de beroepsgroepen die bepalen welke gegevens «essentieel» zijn voor een landelijke uitwisseling.

Antwoord op de vraag van de kamerleden Tan (PvdA) en Dupuis (VVD) over de noodzaak van directe beschikbaarheid van dossiers bij de acute zorg of de spoedeisende hulp.

In december 2008 is de Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp opgesteld vanuit de Nederlandse vereniging van spoedeisende hulp artsen (NVSHA), Ambulance Zorg Nederland, het Nederlands huisartsen genootschap (NHG) en NVZ vereniging van ziekenhuizen. Deze richtlijn beschrijft de gegevens waarvan door de beroepsgroep is vastgesteld dat elektronische uitwisseling van belang is. Dit betreft logistieke berichten (spoedmelding, bevestiging, voorwaarschuwing, ritopdracht en patiëntidentificatie), dossiergegevens (professionele samenvatting meldkamer, professionele samenvatting ambulance, professionele samenvatting spoedeisende hulp) en rapportages verleende zorg (meldkamerrapportage, ambulancerapportage en spoedeisende hulp rapportage).

Antwoord op de vraag van de kamerleden Tan (PvdA) en Slagter-Roukema (SP) hoe zit het met de volgens de WGBO wettelijk vereiste toestemming van de patiënt.

De WGBO bevat hier twee van belang zijnde bepalingen. Ten eerste de verplichting tot vorming van een dossier met relevante medische gegevens en ten tweede de verplichting tot vragen van toestemming als er gegevens uit dit dossier aan een ander worden verstrekt. Een zorgaanbieder die gegevens bij het Landelijk schakelpunt aanmeldt doet dit op basis van zijn dossierplicht en een zorgaanbieder die gegevens via de landelijke infrastructuur opvraagt, vraagt hiervoor eerst toestemming aan de patiënt. De gevolgde handelswijze is dus in overeenstemming met de WGBO.

Antwoord op vragen van de kamerleden Tan (PvdA) en Engels (D66) inzake de toegang van patiënten tot het EPD.

Ervaring in het Verenigd Koninkrijk heeft uitgewezen dat het vanuit overheidswege aanbieden van een patiëntenportaal aan de zorgconsument op beperkte belangstelling kan rekenen. De belangrijkste redenen voor dit beperkte gebruik zijn een hoge drempel om de activatiecode aan het loket op te halen gecombineerd met een te beperkte functionaliteit. In de praktijk in Nederland zijn de ervaringscijfers van bijvoorbeeld het patiëntenportaal ontwikkeld bij het Medisch Centrum Haaglanden positief door de geboden additionele functionaliteit zoals notitie- en afspraakmogelijkheden en inzien van röntgenbeelden, labwaarden en ontslagbrieven. Met de wetenschap in het achterhoofd dat er thans geen adequaat authenticatiemiddel voor handen is en de positieve signalen ten aanzien van het door de zorgaanbieder geboden patiëntenportaal, is het mijn voornemen om via de website van de zorgaanbieder de patiënt toegang te laten verkrijgen tot zijn/haar medische gegevens die via de landelijke infrastructuur worden uitgewisseld. Dit jaar nog wordt gestart met pilots met zorgaanbieders.

Op verzoek van de Tweede Kamer zal op centraal niveau blijven worden voorzien in functionaliteiten met betrekking tot verzoeken tot inzagegegevens.

Uiteraard zal toegang van patiënten tot de landelijke infrastructuur pas plaatsvinden indien maximale zekerheid bestaat over de veiligheid van deze uitbreiding. Omdat op de eerdere ingeslagen weg met het EPD-DigiD dit niet te garanderen viel, heb ik derhalve een pas op de plaats gemaakt. Voorafgaand aan de invoering van mijn nieuwe strategie zal ik de toegang van patiënten uitgebreid onderwerpen aan audits en hackerstesten.

Antwoord op vragen van de kamerleden Tan (PvdA), Slagter-Roukema (SP), Van den Berg (SGP) en Dupuis (VVD) over de keuze voor een

landelijk systeem voor gegevensuitwisseling in plaats van een regionale insteek.

In 2004 is door de KNMG, KNMP, NVZ, GGZ NL, NVZA, NHG, Orde en de NFU in het genoemde manifest «veilige medicatie en ICT» opgeroepen tot een landelijke infrastructuur waarbij er snel een eind moest komen aan de verzameling eilandjes met eigen ICT-oplossingen. Met een landelijke systeem kan regionaal gecommuniceerd worden. Maar met regionale systemen kan er niet over de regio-grens heen gecommuniceerd worden. De landelijk infrastructuur is nu juist ontworpen omdat de huidige regionale systemen of eilandautomatisering onvolkomen zijn. Qua beveiliging én qua bereik:

- Veiligheid: Het CBP heeft onderzoek gedaan en vastgesteld dat de huidige regionale systemen vaak niet voldoen aan de WBP en WGBO. De ict-leveranciers van die regionale systemen stellen zelf dat de huidige regionale systemen niet voldoen aan de privacyeisen én dat deze systemen dat ook nooit kunnen gaan doen. Daarom stappen zij over op het landelijke systeem.
- Bereikbaarheid: De patiënt beweegt zich niet binnen ijzeren-regio's. De apotheek in noord Rotterdam kan met het regionale epd de gegevens van de apotheek zuid-rotterdam niet inzien als dat nodig is. Een inwoner uit Rijswijk kan in het weekend niet naar de (dichterbij gelegen) HAP in Delft omdat de waarneemgegevens alleen in Den Haag beschikbaar zijn. Door specialisatie en spreiding zal de mobiliteit van patiënten de komende jaren alleen maar verder toenemen.

Voorts wijs ik er op dat in de huidige regionale systemen het opvragen van gegevens vaak ook een grote omvang betreft. In grote steden als Amsterdam zijn de gegevens van honderdduizenden patiënten op te vragen zonder de waarborgen die hiervoor binnen het LSP zijn getroffen. Hier kan geen sprake zijn van een situatie waarin alle zorgverleners elkaar kennen.

Antwoord op de vragen van het kamerlid Tan (PvdA) of de hoge aantallen zorgverleners die toegang hebben tot het landelijk schakelpunt (apothekers, huisartsen, specialisten en hun gemandateerde medewerkers) een navenant hoog risico vormen, hoe misbruik is aan te tonen en of misbruik van het EPD kan leiden tot een beroepsverbod.

Allereerst is het zo dat toegang voor gemandateerde medewerkers alleen is toegestaan onder verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar. De beroepsbeoefenaar bepaalt daarmee of toegang voor medewerkers noodzakelijk is. Daarnaast is het zo dat alle raadplegingen herleidbaar zijn tot de beroepsbeoefenaar en de gemandateerde medewerker en dus goed te controleren. Opvragingen zijn dus tot op medewerkersniveau herleidbaar.

Overigens is het niet zo dat een half miljoen passen in omloop is waarmee toegang tot het EPD verkregen kan worden. Naar verwachting worden er voor emd en ewd maximaal circa 55 000 passen uitgegeven. Op dit moment gaat het om een totaal aantal van ongeveer 27 500 passen waarmee toegang kan worden verkregen tot de landelijke infrastructuur. Bij AMvB wordt vastgelegd welke zorgaanbieders welke gegevens mogen opvragen uit het EPD met een UZI-pas (autorisatieprofiel). Beide kamers hebben hier dus zelf invloed op.

Iedere beroepsbeoefenaar kan door de strafrechter en de tuchtrechter van de uitoefening van zijn beroep worden onttrokken bij misbruik van het EPD. Hiermee is dus een extra waarborg gecreëerd voor de cliënt tegen misbruik van het EPD. De mogelijkheid tot dit beroepsverbod zal expliciet naar aanleiding van een wens van de Tweede Kamer in de Wet EPD

worden opgenomen door middel van de wetswijziging die nu in de Tweede Kamer ligt.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Tan (PvdA) over het «WikiLeaksproof» zijn van het landelijk EPD.

Tegen een dergelijke dreiging is de landelijke infrastructuur met meerdere maatregelen beschermd. Allereerst is de infrastructuur zo ontworpen dat er geen centraal bestand met medische gegevens is. Deze gegevens blijven in de informatiesystemen van zorgverleners. Het opvragen van noodzakelijke gegevens is streng beveiligd en het opvraagdrag wordt 24 uur per dag bewaakt. Om hier invulling aan te geven worden de loggegevens binnen het LSP continu automatisch geanalyseerd om afwijkingen en eventueel misbruik te detecteren. Er wordt vastgelegd (gelogd) welke zorgverlener, wanneer, welke gegevens heeft geraadpleegd of gewijzigd. Elke raadpleging is te herleiden tot de individuele medewerker én de verantwoordelijke zorgverlener.

Als een zorgverlener een excessief aantal raadplegingen tracht te doen wordt de verbinding verbroken en wordt via het LSP direct contact opgenomen. Er worden meerdere aspecten van het opvraagdrag geanalyseerd zonder dat hierbij de medische gegevens zelf toegankelijk zijn. Indien (een poging tot) misbruik wordt geconstateerd wordt dit aan de toezichthouders CBP en IGZ gemeld.

Het LSP zelf is zo ontworpen dat beherend personeel geen medische gegevens kan opvragen. Opvragen is alleen mogelijk vanuit de eigen locatie van een zorgverlener, zoals een apotheek, huisartsenpost of ziekenhuis.

De beveiliging van het LSP is zeer strikt en wordt regelmatig getoetst. Met deze maatregelen is een adequate beveiliging tegen grootschalig misbruik van medische gegevens via de landelijke infrastructuur geborgd.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Tan (PvdA) of een zorgpas niet een beter alternatief zou zijn.

In Nederland zijn in de jaren negentig regelmatig proeven geweest waarin zorgpassen centraal stonden. Dit heeft geleid tot een door VWS ondersteunde proef in de Regio Eemland in de periode 2001–2002 waarin 375 000 zorgpassen zijn uitgereikt met als functionaliteit identificatie, vaststellen van verzekeringsrecht en SOS-adressen. De uitgifte van passen en integratie met bestaande informatiesystemen van zorgaanbieders bleek een moeizaam proces.

De ervaring uit de Zorgpasproef heeft mede geleid tot het weglaten van een zorgpas als onderdeel van de huidige AORTA-infrastructuur.

Naast deze opgedane ervaringen is er niet gekozen voor het gebruik van een pas, al dan niet met pincode, om een aantal redenen:

- De zorgverlener kan het consult niet voorbereiden.
- De patiënt kan de pas of pincode vergeten. In een proef in Duitsland bijvoorbeeld bleek dat 70% van de patiënten zijn pincode niet meer wist met als consequentie dat de gegevens dan niet beschikbaar zijn.
- De patiënt kan buiten bewustzijn zijn.
- Zorgverleners moeten twee keer gegevens vastleggen. Eenmaal in het eigen dossier, gelet op de verplichting die in de WGBO staat om een dossier bij te houden, en nogmaals in het EPD dossier van de patiënt. Dit leidt tot een onwenselijk bureaucratische last voor zorgverleners.
- Uit andere landen (Duitsland en Tsjechie) blijkt dat een passen-infrastructuur alleen niet voldoende is en dat er naast de passen-infrastructuur eveneens een aparte infrastructuur voor de uitwisseling van gegevens tussen artsen noodzakelijk is.

Kortom het gebruik van een pas, al dan niet met pincode, past niet binnen het zorgproces en brengt een extra uitvoeringslast en dubbele kosten met zich mee.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Laurier (GroenLinks) waarom er is gekozen voor de lijn dat zorgverleners verplicht worden tot aansluiting en voor een geen-bezwaar systeem.

Voor een verplichting van zorgaanbieders tot aansluiting is gekozen omdat dit ertoe leidt dat burgers ook daadwerkelijk de keuze («recht op een EPD») hebben om deel te nemen aan het landelijk EPD. Immers als een zorgaanbieder besluit niet deel te nemen aan het EPD betekent dit dat de patiënt de mogelijkheid van het hebben van een EPD wordt ontnomen. Daarbij moet een verplichting tevens zorgen voor volledigheid van de relevante gegevens in het EPD, anders kan schijnveiligheid ontstaan. Voorts leidt uitdrukkelijke toestemming tot een toename van de administratieve last van de burger terwijl uit divers onderzoek blijkt dat circa 80% positief tegenover een EPD staat. Deze keuze is derhalve niet vanwege principiële maar vanwege praktische redenen van kostenbeperking en het voorkomen van administratieve last van burgers.

Er moet onderscheid gemaakt worden tussen het aanmelden van verwijsgegevens bij het LSP en de raadpleging van het EPD. Op het aanmelden van verwijsgegevens bij het LSP is een informed consent systeem van toepassing: iedere ingezetene van Nederland is bij de start van de landelijke uitrol geïnformeerd over het EPD. Daarbij is uitleg over het EPD gegeven en is gewezen op de mogelijkheid om af te zien van deelname. Voorts is het zo dat een zorgverlener eerst expliciet toestemming moet vragen aan de patiënt voordat gegevens mogen worden geraadpleegd.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Laurier (GroenLinks) over het waarom van een bezwaarformulier.

Bezwaar maken kan elektronisch met gebruik van DigiD, maar kan ook op papier, via een bezwaarformulier. Vanwege de gewenste en vereiste zorgvuldigheid in het bezwaarproces is het nodig dit via een standaardbezwaarformulier te laten verlopen. Dit om misverstanden en misinterpretaties bij het verwerken van bezwaar te voorkomen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Laurier (GroenLinks) inzake het ethisch hacken van het landelijk EPD zoals onder andere ook aangevoerd door de CG-Raad.

De werking van de technische maatregelen wordt periodiek geverifieerd door middel van indringerstesten uitgevoerd door onafhankelijke beveiligingsexperts.

Zo worden er indringerstesten uitgevoerd op het LSP, het UZI-Register, de SBV-Z en de zogenaamde «EPD-keten indringerstest op de schakelconnecties». Ook worden er Goed Beheerd Zorgsysteem-schouwingen uitgevoerd op de lokale systemen. Over de voortgang en de resultaten van de testen wordt per kwartaal aan de Tweede Kamer door middel van de voortgangsrapportages gerapporteerd.

Bedreigingen worden continu geïnventariseerd, geanalyseerd en geadresseerd. Indien nodig worden maatregelen aangepast of aanvullende technische, procedurele en organisatorische maatregelen getroffen. Uit de tot op heden uitgevoerde indringerstesten zijn geen kritieke bevindingen gedaan.

Naar aanleiding van de brief van de CG-Raad van 8 september 2010 is Nictiz in gesprek met de CG-Raad over de wijze waarop invulling kan

worden gegeven aan de wens van de CG-Raad betrokken te worden bij het uitvoeren van een «ethical hackerstest» op het EPD.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Laurier (GroenLinks) hoe het zit als iemand bevoegd is het LSP te gebruiken, maar niet bevoegd tot het opvragen van bepaalde gegevens.

Als iemand bevoegd is om het LSP te gebruiken, maar niet bevoegd is tot het opvragen van bepaalde gegevens krijgt hij die niet te zien. Bijvoorbeeld: een apotheker is bevoegd het LSP te gebruiken voor medicatiegegevens, maar kan de samenvatting van de huisarts niet inzien. De regels over wie wat mag zien worden bepaald door de betreffende beroepsgroepen waarbij alleen die gegevens worden geselecteerd die ook echt nodig zijn.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Laurier (GroenLinks) over de correctie- en inzagemogelijkheden van de patiënt.

De in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) neergelegde rechten van patiënten (recht op inzage, correctie, aanvulling en vernietiging van bepaalde gegevens) blijven met de invoering van de landelijke infrastructuur voor gegevensuitwisseling in de zorg ongewijzigd. Deze rechten – die ook van toepassing zijn op de medische gegevens die via het landelijk EPD kunnen worden uitgewisseld – kunnen via de zorgverlener, bij wie de medische gegevens zijn opgeslagen, worden uitgeoefend. Het corrigeren, aanvullen of vernietigen van bepaalde medische gegevens zal nooit rechtstreeks door de patiënt zelf kunnen worden gedaan. Dit dient altijd in overleg met en via de betreffende zorgverlener te worden afgehandeld.

Via het door VWS ingerichte Klantenloket kunnen patiënten inzage krijgen in wie hun gegevens hebben aangemeld en wie hun gegevens via de landelijke infrastructuur hebben opgevraagd. Via het Klantenloket kunnen zij tevens bezwaar maken tegen de uitwisseling van hun medische gegevens.

Op verzoek van de Tweede Kamer wordt gewerkt aan het elektronisch faciliteren van het bestaande recht op inzage door de patiënt in zijn/haar medische gegevens.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Slagter-Roukema (SP) wie op dit moment verantwoordelijk is voor het LSP.

Op dit moment, zonder wet, zijn de zorgaanbieders gezamenlijk verantwoordelijk voor het LSP. De zorgaanbieders en Nictiz sluiten om die reden privaatrechtelijke contracten met elkaar. In termen van de WBP zijn de zorgaanbieders verantwoordelijke en is Nictiz bewerker. Met het wetsvoorstel wordt geregeld dat de minister van VWS verantwoordelijke wordt voor de inrichting en het beheer van het LSP. Zorgaanbieders zijn en blijven verantwoordelijk voor de inhoudelijke medische gegevens.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Engels (D66) over de mogelijkheid voor patiënten om zelf gegevens te verwijderen uit hun dossier.

De burger kan met het maken van totaal bezwaar de verwijsindex geheel laten vernietigen en de gegevens in de index verwijderen. Zorgaanbieders die op het moment dat een burger bezwaar maakt, gegevens hebben aangemeld, krijgen een brief over de door de burger geïnitieerde afmelding.

Ook kan de burger aan de zorgaanbieder vragen om specifieke gegevens buiten het landelijk EPD te houden. Dit moet altijd via de zorgverlener, omdat het gaat om medisch inhoudelijke gegevens.

Loggegevens dienen bewaard te blijven in verband met het toezicht op het gebruik van het landelijk EPD door de IGZ en het CBP. De loggegevens worden bewaard om na het signaleren van onregelmatigheden te kunnen reconstrueren welke gegevens zijn aangemeld of opgevraagd. Op deze wijze wordt vermeend misbruik gedetecteerd.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Engels (D66) op welke wijze de uitbreiding van toegang wordt gewaarborgd.

Uitbreidingen van de toepassing van het landelijk EPD vinden bij AMvB plaats. Hiervoor geldt een nahanprocedure, oftewel uitbreidingen van het LSP vinden altijd via de Kamer plaats.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Engels (D66) in hoeverre een onrechtmatige inzage in iemands dossier terug te voeren is op de instelling dan wel op de persoon die de overtreding heeft begaan.

Eventuele onrechtmatige raadplegingen zijn herleidbaar tot de beroepsbeoefenaar en de gemandateerde medewerker. Opvragingen zijn dus tot op medewerkersniveau herleidbaar.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Engels (D66) of er sprake is van een sluitend systeem van toezicht.

Voorafgaand aan aansluiting op het LSP moeten systemen gekwalificeerd zijn.

Nictiz voert steekproefsgewijs controles uit op de applicaties in het zorgveld die aan het LSP gekoppeld zijn. Het UZI-register wordt periodiek extern getoetst aan de zware normen van PKI-Overheid. Daarnaast vinden nog allerhande externe audits en hack- en beveiligingstesten plaats op het LSP, UZI register en SBV-Z.

VWS treedt kaderstellend op door middel van beleidskaders voor Nictiz en CIBG.

Ook artsen en patiënten hebben conform de wettelijke bepalingen controle mogelijkheden.

Al deze toezichtactiviteiten van VWS, Nictiz, CIBG, patiënten en artsen stellen het CBP en IGZ in staat te steunen op de controles van Nictiz en CIBG, waarbij Nictiz en CIBG zoveel mogelijk zelf controleren en aantonen in overeenstemming met de (toezicht)regelgeving te handelen.

Het CBP, de IGZ en de NZa hebben hun onderlinge taakverdeling vastgelegd in samenwerkingsprotocollen. Zo wordt voorkomen dat informatie wordt gevraagd die één van beide toezichthouders al heeft en die bruikbaar is voor de ander. Hierdoor worden er geen zaken dubbel gedaan en kan er meer tijd worden besteed aan het toezicht zelf.

Deze protocollen zijn beschikbaar op de websites van de genoemde organisaties.

Met deze sluitende afspraken en samenwerking tussen de formele toezichthouders CBP en IGZ en de onder toezicht staande partijen VWS, Nictiz en CIBG is het specifiek continu toezicht op het landelijk EPD adequaat en naar de wens van CBP en IGZ ingevuld. Het CBP en de IGZ hebben mij in een brief d.d. 30 november 2010 laten weten dat zij het toezichtkader en de bijbehorende aanbevelingen positief ontvangen.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Engels (D66) in hoeverre het wetsvoorstel leidt tot een grotere risico-aansprakelijkheid voor artsen.

De invoering van het EPD brengt geen verandering van de algemene uitgangspunten van aansprakelijkheidskwesties binnen de gezondheidszorg met zich. De Universiteit van Tilburg heeft een onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van de invoering van het EPD voor de aansprakelijkheden met betrekking tot de verwerking van medische persoonsgegevens. Geconcludeerd wordt dat de aansprakelijkheden niet wezenlijk verschillen met de bestaande situatie. Zorgaanbieders zijn net als in de huidige situatie aansprakelijk voor fouten in hun eigen dossier en privacyschade als gevolg van nalatigheid bij afscherming van gegevens. Iedere hulpverlener is ingevolge de WGBO gehouden aan de norm van goed hulpverlenerschap. Hij dient te handelen in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard. Iedere beroepsbeoefenaar is verantwoordelijk voor de juistheid van zijn eigen dossiers en iedere hulpverlener heeft een eigen onderzoeksplicht. Tegen dit licht moeten allerlei aansprakelijkheidsvraagstukken worden bekeken. Zeer in zijn algemeenheid kan gesteld worden dat de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor zijn eigen zorginformatiesysteem en de netwerkverbinding met het LSP en dat de beheerder van het LSP verantwoordelijk is voor een goede werking van het LSP. De rechter zal uiteindelijk in specifieke gevallen een oordeel moeten vellen over de aansprakelijkheidsvraag.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Engels (D66) in hoeverre zowel de patiëntenorganisaties als de medische beroepsgroep bij de eventuele doorontwikkeling van het LSP en het EPD zullen worden betrokken.

Wij zullen uiteraard de beroepsgroepen en de NPCF bij de doorontwikkeling betrekken.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Franken (CDA) of verwijsgegevens medische gegevens zijn.

De verwijsgegevens zijn medische gegevens. Zoals de heer Franken terecht heeft opgemerkt bevat de verwijsindex nummers. Daarnaast wordt enkel aangegeven dat er medicatie is verstrekt en of er waarneemgegevens aanwezig zijn (dus geen inhoudelijke gegevens). Uit de verwijsindex valt derhalve alleen af te leiden of een apotheek of een huisarts gegevens heeft aangemeld. Er kan aan de hand van de verwijsindex niet achterhaald worden of er een bezoek is gebracht aan een oncoloog of aan een verslavingskliniek. Overigens gelden ook voor de verwijsindex dezelfde strikte beveiligings- en toegangseisen en worden alle raadplegingen gelogd.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Franken (CDA) inzake het gebruik van een USB-stick.

Door een amendement van de Tweede Kamer is geregeld dat de patiënt zijn gehele dossier, dus meer dan alleen de EPD-gegevens, door de zorgverlener op bijvoorbeeld een USB-stick kan laten zetten.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Franken (CDA) hoe de minister het gevaar van een inbreuk op het vertrouwen in de relatie arts-patiënt ziet als de arts zonder medeweten van een patiënt een dossier ter beschikking stelt van een andere zorgverlener.

Dit is niet mogelijk, want voor raadpleging moet de patiënt altijd eerst toestemming geven.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Franken (CDA) in hoeverre het CBP ook onafhankelijke audits zal verrichten ter uitvoering van zijn taak.

Dat is aan het CBP. Daar ga ik wel vanuit.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Franken (CDA) inzake de regels bij mandatering.

Er geldt een aantal beperkende regels bij mandatering: een bevoegde zorgverlener kan uitsluitend (een gedeelte van) de eigen bevoegdheden mandateren aan een medewerker binnen dezelfde zorginstelling die betrokken is bij de behandeling van de betreffende patiënt en een UZI-pas op naam bezit. Controles vinden plaats in het lokale goed beheerde zorgsysteem en het LSP.

De heer Franken wees terecht op de gevaren van onbeveiligd e-mail verkeer tussen zorgaanbieders.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van den Berg (SGP) inzake de reikwijdte van het EPD en of de wet met zich meebrengt dat de medicatiegegevens, die nu worden geregistreerd en opgeslagen in een zorginstelling in de gehandicaptensector, onderdeel uitmaken van het EPD.

Uitwisseling betreft op dit moment alleen de door de apotheker verstrekte medicatie die alleen beschikbaar is voor de apotheek, huisarts en ziekenhuis en het betreft de medicatiegegevens van de huisarts die alleen beschikbaar komt voor de waarnemend huisarts. De gehandicaptensector is op dit moment niet aangesloten op het LSP. In de concept AMvB is dit ook niet voorzien.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van den Berg (SGP) hoe de gegevensuitwisseling plaatsvindt van ziekenhuis naar instelling en andersom en of de wet met zich meebrengt dat er tussen het ziekenhuis (EPD) en het elektronisch cliëntendossier (ECD) moet kunnen worden gecommuniceerd.

Het ECD van een gehandicapteninstelling is niet op het LSP aangesloten. Voor uitbreidingen van beschikbaarheid van gegevens via het LSP en bijbehorende uitbreiding van zorgaanbieders geldt dat dit geregeld dient te worden via de AMvB (met nahang). Een dergelijke uitbreiding is nu niet voorzien.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van den Berg (SGP) hoe de minister wil omgaan met het regelen van de verantwoordelijkheden bij conflicterende gegevens, uiteenlopende interpretaties en fouten in de behandeling.

Uiteraard geldt dat beschikbare informatie ondersteunend is bij de zorgverlening. Artsen zullen altijd zelf navraag doen bij de patiënt of er andere relevante zaken zijn die van belang kunnen zijn bij het interpreteren van beschikbare data. Iedere arts heeft en houdt een onderzoeksplicht.

Een belangrijk voordeel van de landelijke infrastructuur ten opzichte van de huidige situatie is dat inzichtelijk is door welke zorgverlener welke soort gegevens over een patiënt worden bijgehouden en op welk moment een zorgverlener medische gegevens heeft aangemeld, gewijzigd of opgevraagd via het LSP. Een zorgverlener die gegevens aanmeldt, blijft verantwoordelijk voor de volledigheid en juistheid van zijn dossiers. Schade die ontstaat door fouten in het dossier, gemaakt door de aanmeldende hulpverlener, kan hem worden aangerekend.

Per situatie zal de rechter een afweging moeten maken tussen de plicht van de ene zorgaanbieder om de juiste gegevens in het dossier te zetten en de onderzoeksplicht van de andere zorgaanbieder.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van den Berg (SGP) of verplichte aansluiting op termijn, te zijner tijd ook «verplichte aanmelding» van alle gegevens van patiënten die geen bezwaar maken zal betekenen.

Verplichte aansluiting zal tot gevolg hebben dat van patiënten verwijzingsgegevens zullen worden aangemeld bij het landelijk schakelpunt. Patiënten worden hier per brief over geïnformeerd.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Van den Berg (SGP) waarom niet gekozen is om de WGBO en Wbp uit te bouwen om het beoogde doel te bereiken.

De WGBO en WBP zijn algemene wetten die gaan over veel meer dan alleen elektronische informatieuitwisseling met behulp van het BSN. De Wet burgerservicenummer in de zorg bood reeds een basis voor uitwisseling van gegevens met behulp van het BSN. Deze wet bevatte al veel bepalingen die ook nodig waren voor de wetgeving rond het EPD, zoals bijvoorbeeld een basis voor de beveiliging van systemen. Wetgevingstechnisch is daarom gekozen om deze wet uit te bouwen in plaats van de WGBO en de WBP.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Dupuis (VVD) of de KNMG, de NPCF, de LHV en de KNMP het in hun pleidooi voor het landelijk EPD wel goed begrijpen, omdat men pleit voor een verbetering van de dagelijkse zorg.

Voor dokters en apothekers is het voorschrijven en verstrekken van medicijnen en het behandelen van patiënten op de huisartsenpost dagelijkse zorg. Daar is de infrastructuur voor bedoeld. De koepelorganisaties zijn langdurig en intensief betrokken geweest bij de ontwikkeling van het EPD. Zij zijn zeer goed op de hoogte van wat het EPD nu is. In eerdere stadia hebben zij vaak nuttige kritiek geleverd, die ook heeft geleid tot aanpassingen.

Ik vertrouw er op uw vragen hiermee voldoende te hebben beantwoord. Op basis van uw inbreng in de eerste termijn is helder geworden dat het draagvlak voor de wet in zijn huidige vorm nog niet voldoende aanwezig is. Derhalve beraad ik mij momenteel op mogelijkheden die het draagvlak kunnen vergroten. Ik kijk daarbij – vanuit het perspectief van uw inbreng – naar mogelijke oplossingen die zowel in het belang van de patiënt zijn als in het belang van diegenen die de landelijke infrastructuur (gaan) gebruiken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers