

Vergaderjaar 2011–2012

**27 529**

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

**Nr. 108**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 juni 2012

Hierbij stuur ik u de Kamerbrief over e-health. In deze brief geef ik mijn visie op het gebruik van e-health in de zorg. Daarin reageer ik ook op de «Nationale Implementatieagenda e-health» die mij is aangeboden door de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze agenda heb ik als bijlage opgenomen.<sup>1</sup>

De brief geeft tevens een reactie op het rapport «Staat van de Gezondheidszorg 2011» van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Ten behoeve van deze Kamerbrief heb ik eind 2011 een quick scan afgerond naar de toepassing van e-health in de zorg. Deze quick scan is als bijlage opgenomen.<sup>1</sup>

#### **1. Inleiding**

Informatie- en communicatietechnologie (ICT) vormt een onlosmakelijk onderdeel van onze maatschappij. Bij het bestellen van boodschappen, versturen van kaartjes, boeken van reizen, maken van afspraken en onderling communiceren grijpt iedereen naar een computer of smartphone. Ook in de gezondheidszorg speelt ICT een cruciale rol. Toch is het gebruik ervan in de zorg nog niet zo vanzelfsprekend en laagdrempelig als in andere sectoren.

De ontwikkeling van ICT blijft telkens nieuwe mogelijkheden bieden, juist ook voor de zorg. Het helpt fysieke afstanden te overbruggen, draagt bij aan een optimale bedrijfsvoering, geeft patiënten de regie die ze graag willen en geeft professionals extra ogen, oren en handen. Gebruik van ICT is daardoor een belangrijk onderdeel van de veranderingen die de zorg de

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

laatste decennia kenmerken. Gezien de maatschappelijke uitdagingen in de zorg zal de sector de komende jaren moeten blijven vernieuwen. Het gebruik van ICT kan helpen bij de uitdaging om de vrijheid en zelfredzaamheid van patiënten te versterken, oplossingen te bieden voor het dreigend personeelstekort, het verbeteren van de patiëntveiligheid en de zorg en de kostenstijging te beperken. Om dit te bereiken moet een brede toepassing van ICT in de zorg vanzelfsprekend worden en is substitutie van oude zorg noodzakelijk. Boven alles is ICT een middel en geen doel en moet als zodanig ook worden ingezet.

In deze brief beschrijf ik de acties die ik zal ondernemen om bij te dragen aan een bredere toepassing van ICT in de zorg. Daarbij heb ik nadrukkelijk aandacht voor standaardisatie en uitwisseling van informatie, het verbeteren van regelgeving en samenwerking tussen partijen, zowel nationaal als internationaal.

## **2. Analyse**

Ik zie al veel goede voorbeelden van de toepassing van ICT die bovenstaande ambitieuze verwachtingen helpen waar te maken. Aan de ene kant zijn dit algemene toepassingen die niet tot de zorg beperkt blijven, zoals de automatisering van de bedrijfsvoering. Aan de andere kant de meer specifieke toepassingen waarbij ICT wordt gebruikt ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid of de gezondheidszorg. Deze laatste toepassingen worden vaak *e-health*<sup>1</sup> genoemd.

Doordat veel partijen in de zorgsector de laatste jaren op eigen initiatief gestart zijn met de implementatie van ICT in hun dagelijks werk, kunnen we inmiddels putten uit een groot aanbod van kennis, ervaring en goede voorbeelden. Tegelijk zie ik ook dat deze voorbeelden vaak beperkt blijven tot kleinschalige toepassing in een specifieke regio of voor een specifieke aandoening. Een nadeel hiervan is dat de positieve effecten ervan ook tot deze kleine schaal beperkt blijven. De potentie die het gebruik van ICT in onze gezondheidszorg heeft, wordt daarmee niet ten volle benut. Dit beeld wordt ook bevestigd door een quick scan die ik recent heb laten uitvoeren. Hierin is het gebruik van enkele dienstverlenende ICT-toepassingen in de zorg onderzocht, zoals online afspraken, e-consulten, digitale inzage in medische dossiers en online intakes. De resultaten laten zien dat deze toepassingen over het algemeen nog weinig in de praktijk wordt gebracht. De quick scan is als bijlage bij deze brief gevoegd.

Bij e-health toepassingen zijn vaak veel verschillende partijen betrokken. Bijvoorbeeld de zorgprofessionals, patiënten, ondernemers, verzekeraars, onderzoekers etc. Dit is een goede zaak, omdat verschillende partijen ook een eigen verantwoordelijkheid hebben bij de weg naar succesvolle implementatie van een e-health toepassing. Bij de vele initiatieven en betrokken partijen horen eveneens veel belangen. Echter, deze stroken niet altijd met het maatschappelijke belang dat het op grote schaal toepassen van ICT in alle onderdelen van de zorg dient. Ik constateer dan ook nog teveel versnippering in de aanpak om het potentieel van deze toepassing van ICT te benutten.

Uit ervaring blijkt dat bij het ontwikkelen van succesvolle e-health toepassingen betrokkenheid van zorgverleners die ermee moeten werken en patiënten die de zorg ontvangen cruciaal is voor het slagen ervan. Met andere woorden, er moeten geen oplossingen worden bedacht voor zorgverleners en patiënten, maar samen met hen. Dat is dan ook de invalshoek die ik kies in de ontwikkeling van e-health in de toekomst. De overheid moet hiervoor faciliterend zijn: belemmeringen wegnemen en ruimte bieden.

---

<sup>1</sup> Voor de definitie van e-health is gebruik gemaakt van de RVZ studie «Inzicht in e-health» (2002).

### **3. Nationale Implementatieagenda e-health**

Zorggebruikers (NPCF), zorgprofessionals (KNMG) en zorgverzekeraars (ZN) onderschrijven bovenstaande analyse en de noodzaak van een gezamenlijke aanpak. Zij hebben dan ook het initiatief genomen om te komen tot een *Nationale Implementatieagenda e-Health*. Gezamenlijk willen zij zich inspannen om e-health toepassingen te introduceren en op te schalen. De overtuiging van de deelnemende partijen is dat alleen met gerichte samenwerking succesvol gewerkt kan worden aan het vergroten van het aandeel van e-health in onze zorg. Dit doen ze onder andere door vanuit een gezamenlijke focus te benoemen welke concrete resultaten ze de komende jaren zullen boeken.

Belangrijke onderwerpen hierbij zijn o.a. de opschaling van telemonitoring bij chronisch zieken en opschaling van teleconsultatie, oplossingen voor het maken van online afspraken, patiëntenondersteuning door Persoonlijke Gezondheidsportalen, standaardisatie van informatie en het opstellen van een e-health onderzoeksagenda. In de bijlage heb ik de Nationale Implementatieagenda e-health opgenomen. Hierin is de complete lijst van prioriteiten te vinden.

Een aantal belangrijke uitgangspunten bij het realiseren van de agenda zijn de noodzaak tot substitutie («nieuwe zorg voor oude zorg») en goed georganiseerde informatie-uitwisseling tussen zorgpartijen. Deze uitgangspunten sluiten aan bij mijn visie en ik zal dan ook aansluiten bij deze agenda van veldpartijen om zo gezamenlijk onze ambities te realiseren. In de Nationale Implementatieagenda e-health wordt de overheid verzocht om door middel van een aantal specifieke acties voor deze aansluiting te zorgen. Ik noem het leveren van een bijdrage aan de totstandkoming van informatie- en technische standaarden, wijzigen van regelgeving ten aanzien van bekostiging, wettelijk regelen en ondersteunen van online inzage en opslag van dossiers, monitoren van het gebruik van e-health en deelnemen in verschillende samenwerkingsverbanden. In het vervolg van deze brief licht ik deze activiteiten toe en beschrijf ik hoe ze bijdragen aan de prioriteiten zoals geformuleerd door de veldpartijen.

### **4. Faciliteren ontwikkeling e-health**

*Structurele standaardisatie: geen zorgstandaard zonder informatiestandaard*

Adequate dossiervorming en goede informatieoverdracht zijn in de zorgsector cruciaal voor de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid. Steeds meer instellingen gebruiken elektronische patiëntendossiers waarin informatie wordt opgeslagen. Dit biedt de mogelijkheid om snel en efficiënt informatie te delen met patiënt, andere zorgaanbieders, apotheken en andere belanghebbenden. Hierdoor kunnen fouten bij het leveren van zorg als gevolg van verkeerde informatie worden verminderd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft vorig jaar in haar rapport «Staat van de Gezondheidszorg 2011» gewezen op het belang van informatie(-uitwisseling). De IGZ constateert dat de dossiervoering in veel zorginstellingen onder de maat is. Incomplete en/of verouderde dossiers bevatten niet altijd de informatie die voor professionals relevant is. Daarnaast is de manier waarop informatie uitgewisseld wordt binnen en tussen zorginstellingen vaak slecht geregeld. Voorop staat de privacy van de patiënt en de beveiliging van gegevens. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) ziet hierop toe. Wet- en regelgeving zal op dit punt, conform toezeggingen aan de Kamer, ook moeten worden aangescherpt.

Het gebruik van ICT bij het registreren en uitwisselen van informatie is niet dé oplossing voor bovenstaande problemen. Het kan echter wel ondersteuning bieden bij het oplossen ervan. Om het aantal fouten als gevolg van verkeerde informatie te verminderen, adviseert de IGZ om tot zorgbrede normen en standaarden te komen over welke informatie nodig is, op welke manier deze wordt opgeslagen, in welke terminologie, en hoe uitwisseling van deze informatie technisch kan plaatsvinden. De IGZ roept veldpartijen op om zo snel mogelijk tot de benodigde afspraken te komen.

Om dit proces te versnellen, heeft de IGZ de aanbeveling gedaan om een commissie of partij met doorzettingsmacht de bevoegdheid te geven namens de veldpartijen tot de afspraken te komen. Met de komst van het Kwaliteitsinstituut zal deze doorzettingsmacht ontstaan rond de ontwikkeling van professionele standaarden voor goede en doelmatige zorg. Het Kwaliteitsinstituut zal een toetsingskader ontwikkelen dat eisen stelt aan de ontwikkeling van professionele standaarden. Daarin dient opgenomen te zijn dat professionele standaarden afspraken bevatten over welke gegevens uitgewisseld moeten worden om goede zorg te waarborgen en hoe dat moet gebeuren (informatiestandaard<sup>1</sup>)

Verschillende veldpartijen hebben mij gevraagd een onafhankelijke partij aan te wijzen om deze ontwikkeling en implementatie te coördineren en ondersteunen. Ook in de Nationale Implementatieagenda e-health hebben de betrokken partijen deze wens uitgesproken. Nictiz heb ik reeds toegerust om deze standaardisatie van informatie(-uitwisseling) in de zorg te faciliteren. Hiertoe ontvangt Nictiz een subsidie van € 5 mln per jaar. Aangezien een zorgstandaard en een informatiestandaarden onlosmakelijk aan elkaar verbonden zijn dient er sprake te zijn van verregaande samenwerking tussen Nictiz en het Kwaliteitsinstituut. De werkzaamheden van Nictiz in dit kader dienen aan te sluiten op die van het Kwaliteitsinstituut. De integrale zorgstandaarden (zowel de zorgcomponenten als de informatiecomponenten) vallen zo ook onder de doorzettingsmacht van het Kwaliteitsinstituut. Op deze wijze ontstaat er een goede basis om kwaliteit én adequate informatie-uitwisseling vast te leggen in heldere standaarden. Daarbij spelen beide instituten ook een ondersteunende en bevorderende rol bij de implementatie van de standaarden. De totstandkoming en registratie van zorgstandaarden met informatie(-uitwisseling) als onderdeel, biedt ook een kapstok voor het toezicht door de IGZ hierop. De IGZ heeft eerder al aangekondigd hier ook op te gaan toezien. Ik zal met hen in gesprek gaan over de manier waarop dit zal gebeuren.

Naast de standaardisatie en implementatieactiviteiten van Nictiz in het kader van de professionele zorgstandaarden zal Nictiz aansluiten bij de standaardisatiebehoefte en activiteiten zoals aangegeven door de veldpartijen in de Nationale Implementatieagenda e-health. Ook daarbij geldt dat het er niet alleen om gaat om standaarden te definiëren, te ontwikkelen, te ontsluiten en te accepteren maar ook om zorginstellingen en ICT-leveranciers verder te ondersteunen bij de implementatie van die standaarden. Nictiz speelt hierin een faciliterende rol.

#### *Professionele samenvatting medische gegevens*

Één van de aanbevelingen uit de Staat van de Gezondheidszorg 2011 is het zorgbrede gebruik van een professionele samenvatting van medische gegevens («kernset»). Deze kernset is een specialisme-overstijgende standaard, bedoeld om in één overzicht de belangrijkste informatie te bieden voor de overdracht van een patiënt. Een reeds ver ontwikkeld voorbeeld van zo'n kernset is het «Continuity of Care Record». Dit initiatief is onlangs omarmd door de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU). Ik constateer daarmee dat het veld actief bezig is

---

<sup>1</sup> Een informatiestandaard bevat in aansluiting op het zorgproces de volgende componenten:

- a. de bijbehorende informatievastlegging en uitwisseling (welke gegevens),
- b. de te gebruiken coderingen en classificaties, en
- c. de te hanteren technische standaarden voor elektronische uitwisseling.

met de ontwikkeling en implementatie van een belangrijke standaard. Deze ontwikkeling juich ik toe en ik zal via de standaardisatieactiviteiten van Nictiz de benodigde ondersteuning blijven bieden.

#### *Inzagerecht patiënten in medisch dossier*

Patiënten willen steeds meer betrokkenheid bij besluiten rondom hun eigen behandeling. Zij zijn goed geïnformeerd en maken hiervoor onder andere gebruik van beschikbare informatie op internet. Om te zorgen dat patiënten nog beter betrokken worden bij het zorgproces en beter geïnformeerd zijn, wil ik dat alle patiënten de mogelijkheid hebben hun eigen medisch dossier elektronisch in te zien. Om dit inzagerecht tezamen met een aantal andere rechten voor patiënten bij elektronische gegevensuitwisseling te regelen, heb ik een wetsvoorstel in voorbereiding dat binnenkort ter advisering aan de Raad van State zal worden voorgelegd.

Diverse zorgaanbieders zijn al bezig met de ontsluiting van medische gegevens richting patiënten. Goede voorbeelden van zorgaanbieders zijn UMC Radboud (in samenwerking met MijnZorgnet) en Medisch Centrum Haaglanden (in samenwerking met Medischegegevens.nl). Omdat patiënten altijd meerdere zorgaanbieders hebben, wordt de informatie op meerdere plekken vastgelegd door de zorgverleners. Het is van belang dat (naast het online toegankelijk maken van deze versnipperde informatie) deze ook naar keuze van de patiënt bijeengebracht kan worden samen met relevante overige informatie, communicatietoepassingen en online e-health toepassingen. Gezondheidsportalen en/of apps kunnen patiënten digitaal ondersteunen bij het managen van hun eigen zorg. Bovendien kan de patiënt vanuit zo'n portaal of app deze informatie zelf ook delen met andere zorgverleners, familieleden, mantelzorgers of andere patiënten.

Uiteraard moet inzage in dergelijke portalen en apps voldoen aan strenge eisen op het gebied van veiligheid, kwaliteit en patiëntgerichtheid. De aangekondigde wetgeving zal hierin voorzien. De NPCF heb ik gesubsidieerd om deze ontwikkeling te stimuleren door functionele eisen op te stellen voor dergelijke persoonlijke gezondheidsportalen en deze in pilots te implementeren. Nictiz heeft een platform Internetzorg & Patiëntportalen ingericht waar inmiddels bijna zestig partijen (leveranciers, koepels, zorginstellingen en patiëntenvertegenwoordigers) bij zijn aangesloten. Gezamenlijk worden implementatietools gemaakt en worden de juiste condities voor het gebruik door patiënten van portalen gedefinieerd. Met het beschikbaar stellen van zowel het subsidie aan de NPCF voor een gezondheidsportaal als met de financiering van Nictiz help ik de partijen achter de Nationale Implementatieagenda e-health invulling te geven aan hun prioriteit ten aanzien van patiëntenondersteuning.

## **5. Een plek in het systeem**

### *Bekostiging*

Er bestaat regelmatig onduidelijkheid over de mogelijkheden die het zorgsysteem biedt voor het gebruik van e-health toepassingen. Verschillende interpretaties van beleidsregels, wetten en richtlijnen kunnen zorgprofessionals ervan weerhouden om aan de slag te gaan. De goede voorbeelden laten zien dat er binnen het huidige systeem al veel mogelijk is. Een belangrijke notie daarbij is dat e-health toepassingen vaak andere aanbestedingsvormen zijn van al bestaande, verzekerde zorg. Het gaat dan vaak om wijzigingen in de manier waarop zorg geleverd wordt, zonder dat de effectiviteit of samenstelling daaronder lijdt. Voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars is daarom vaak de weg vrij om zelf te kiezen voor de wijze waarop de zorg geleverd wordt. Zo kunnen e-health toepassingen in

veel gevallen zonder speciale toetsing onderdeel worden van het zorgaanbod.

Voor nieuwe zorg(vormen) of samenwerkingsverbanden die niet direct passen binnen de bestaande prestatiebeschrijvingen van de NZa-beleidsregels, geeft de WMG ruimte om hiermee te experimenteren. Hier wordt, via de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties, momenteel regelmatig gebruik van gemaakt. In de huidige bekostiging van huisartsenzorg is eveneens ruimte voor bekostiging van e-health, doordat er aparte prestaties en tarieven bestaan in het kader van Modernisering en Innovatie (M&I modules). Naast deze mogelijkheden zijn er ook beleidsontwikkelingen die zullen bijdragen aan het ontstaan van meer ruimte voor e-health. Dit betreft bijvoorbeeld de volgende ontwikkelingen:

- Steeds meer zorg wordt functioneel omschreven. Hierdoor kan e-health makkelijker onderdeel worden van de aanspraken binnen het verzekerde pakket voor zowel Zvw als AWBZ.
- Door de invoering van prestatiebekostiging in ziekenhuizen en de uitbreiding van de vrije prijsvorming per 1 januari 2012 hebben partijen ruimte om afspraken over e-health te maken.
- In de langdurige zorg kan «zorg op afstand» structureel gefinancierd worden vanaf 1 januari 2012 via de reguliere beleidsregels.
- Vanaf 2012 is een prestatiebeschrijving beschikbaar voor de inkoop en inzet van e-health bij patiënten met chronisch hartfalen en diabetes mellitus.

Ondanks de ruimte binnen de regelgeving, kunnen zich knelpunten aandienen die het gebruik van e-health in de praktijk belemmeren. Deze knelpunten betreffen dan bijvoorbeeld het inbedden in structurele bekostiging. Indien er bijvoorbeeld sprake is van arbeidsbesparende toepassingen, volledige vervanging van fysiek contact of nieuwe vormen van ketensamenwerking met behulp van e-health kunnen dit soort knelpunten zich aandienen. Om zulke knelpunten in beeld te krijgen en aan te pakken, ben ik samen met het CVZ, de NZa en ZonMw een programma rondom zorgvernieuwing gestart. Dit programma is er op gericht om de procedures van zorgvernieuwing duidelijker en eenvoudiger te maken, onder andere door belemmerende regelgeving aan te pakken. De NZa werkt dan ook aan een overzicht van de mogelijkheden die er al zijn voor zorgvernieuwing in de verschillende sectoren van de zorg. Waar die mogelijkheden nog beperkt zijn voor toepassing van e-health, koppelt de NZa daaraan een agenda voor de komende jaren waarin wordt aangegeven hoe de beleidsregels worden aangepast om bekostiging van e-health hierin in te passen. Ik vraag de NZa om hierbij aan te sluiten bij de prioriteiten uit de Nationale Implementatieagenda e-health zodat de regelgeving het bereiken van de doelstellingen niet meer belemmert.

#### *(Anonieme) e-mental health*

De GGZ loopt in Nederland en internationaal voorop op het gebied van online hulpverlening. Een groot deel van de GGZ instellingen in Nederland biedt vormen van «e-mental health» aan. Dit kan variëren van voorlichting en zelfhulpmodules die preventief werken tot volledige online tweedelijns zorgverlening. E-mental health is relatief betaalbaar, omdat het vaak een forse reductie van de arbeidstijd van therapeuten met zich mee brengt. Dat maakt deze vorm van behandelen ook in economisch opzicht interessant, terwijl de effectiviteit niet onder hoeft te doen voor die van de «reguliere» hulpverlening. Daarnaast is het gebruik laagdrempelig, kan het anoniem plaatsvinden en verhoogt het zelfmanagement van de patiënt.

*Anonieme* e-mental health toepassingen passen niet binnen de reguliere bekostigingssystemen, omdat de kosten van de patiënt niet herleidbaar zijn tot een individuele verzekerde. Hierdoor is het geen verzekerde zorg en zullen aanbieders andere vormen van financiering moeten vinden. In de GGZ en verslavingszorg worden anonieme e-mental health diensten toegepast die een meerwaarde hebben voor doelgroepen die anders zorg mijden. De inzet van anonieme e-mental health kan hier verergering van klachten of gezondheidsschade voorkomen. Bij besluit van 13 oktober 2011 heb ik een subsidiekader vastgesteld voor anonieme e-mental health. In 2012 en 2013 zal ik € 2 mln per jaar uittrekken voor het verstrekken van dergelijke subsidies. Met deze tijdelijke maatregel is ruimte gecreëerd om een structurele oplossing, zoals een tender onder zorgverzekeraars uitschrijven, vorm te geven. Ik zal het CVZ en de NZa opdracht geven om dit verder uit te werken. Op deze manier wordt de financiering van anonieme e-mental health geborgd, echter niet binnen het reguliere bekostigingssysteem. Indien blijkt dat dit in de toekomst wel haalbaar is, dan kan een dergelijke oplossing alsnog worden overwogen.

#### *Duidelijke informatie over mogelijkheden*

Er bestaat vaak onduidelijkheid over de (on-)mogelijkheden die er zijn om e-health toepassingen te laten gebruiken door zorgprofessionals en patiënten. Hierdoor duurt het doorlopen van procedures om toegang tot reguliere zorg te krijgen vaak langer dan nodig. Om dit knelpunt te verhelpen ben ik in juni 2011 gestart met één online informatiepunt voor zorgvernieuwing: [www.zorgvoorinnoveren.nl](http://www.zorgvoorinnoveren.nl). Het informatiepunt is een gezamenlijk initiatief met het CVZ, de NZa en ZonMw. Met dit initiatief bundelen deze partijen hun krachten om het proces van innoveren eenvoudiger, transparanter en beter voorspelbaar te maken voor zorgvernieuwers. Omdat e-health een specifiek domein van zorgvernieuwing is waar veel aandacht voor is, is er op de website een aparte pagina rondom dit thema ingericht.

## **6. De juiste randvoorwaarden**

### *Samenwerking*

Zoals gezegd is samenwerking tussen partijen de sleutel om te komen tot zorgbrede opschaling van e-health. Naast samenwerking tussen zorgpartijen is ook samenwerking met ondernemers, wetenschap, gemeenten etc. van belang, zowel nationaal als internationaal. Zo is de bundeling van krachten in de «Stichting Zorg Binnen Bereik» een goed voorbeeld van een aanpak die erop gericht is om zorg op afstand toepassingen voor zoveel mogelijk mensen bereikbaar te maken.

Samen met het bedrijfsleven en partners uit de wetenschap participeert de overheid in de topsector Life, Sciences & Health. Eerder heeft het kabinet de kamer geïnformeerd over de manier waarop er binnen deze topsector samengewerkt wordt aan maatregelen waarmee de sector oplossingen kan bieden voor Nederland en Europa. Één van de aandachtsgebieden binnen deze topsector is homecare, self management & ICT, waarbij met name toepassing van «zorg op afstand» de aandacht heeft. De Nationale Implementatieagenda e-health is een van de initiatieven die richtinggevend zijn voor de inhoudelijke uitwerking van dit onderdeel van de topsector.

Samenwerking dient ook plaats te vinden op internationaal vlak. Met mijn buitenlandse collega's werk ik samen op terreinen waar dit essentieel is: onderzoek, wet- en regelgeving en bijvoorbeeld ook standaardisatie en informatie-uitwisseling. Zo participeer ik in werkgroepen ten aanzien van

grensoverschrijdende e-health diensten en grensoverschrijdende informatie-uitwisseling. Voorbeelden hier van zijn het «e-health Governance Initiative» en «European Patients, Smart Open Services». Nictiz zal haar standaardisatieactiviteiten ook afstemmen met internationale trajecten en participeren in internationale werkgroepen.

Voor de implementatie van e-health toepassingen spelen naast de zorgpartijen ook de gemeenten en regio's een belangrijke rol. Dit gebeurt bijvoorbeeld nu nog vaak als «launching customer». Daarnaast hebben gemeenten steeds vaker samen met de verzekeraar een rol in financiering en kwaliteitsbewaking. Bijvoorbeeld ten aanzien van preventie, gemeentelijk ordenen van zorg- en welzijnsactiviteiten en kwetsbare groepen. Het is belangrijk dat partijen elkaars activiteiten blijven ondersteunen en zo nieuwe samenwerkingsverbanden in het leven roepen.

#### *Richtlijnen voor onderzoek*

E-health toepassingen zijn vaak middelen om zorg op een andere manier in te richten of te verlenen dan voorheen. De verwachting is dat niet altijd een ander resultaat op uitkomsten van zorg zal worden behaald, maar dat e-health bijvoorbeeld wel bijdraagt aan het verbeteren van zelfredzaamheid, doelmatigheid en/of arbeidsbesparing. In onderzoek naar e-health zal moeten worden gezocht naar relevante uitkomstmaten om de meerwaarde te kunnen beoordelen. ZonMw heeft in juli 2011 een signalement uitgebracht om meer aandacht te vragen voor gericht onderzoek naar e-health en ICT. ZonMw kan een belangrijke rol vervullen in het delen van reeds beschikbare kennis, maar ook een faciliterende rol spelen in het vaststellen van richtlijnen voor e-health onderzoek. ZonMw zal in 2012 starten met de ontwikkeling van een onderzoeksagenda voor e-health en ICT. Hierin zal ik samen met hen optrekken, evenals de partijen achter de Nationale Implementatieagenda e-health.

#### *Monitor*

Adaptatie door patiënten en professionals is de belangrijkste succesfactor voor het versnellen van het gebruik van e-health in de praktijk. Het resultaat van een gezamenlijke aanpak kan dan ook het best worden afgelezen aan de hand van het gebruik. Ik wil dit gebruik dan ook gaan monitoren. De quick scan die ik recent heb laten uitvoeren naar het gebruik van online zorgdiensten zal moeten worden aangevuld met cijfers over de toepassing op andere terreinen. Ik zal op deze manier jaarlijks de ontwikkeling van het gebruik van e-health in kaart brengen en de kamer hierover periodiek informeren.

#### **De vrijblijvendheid voorbij**

In de komende jaren staan we voor grote uitdagingen in de zorg. Het gebruik van ICT kan ons helpen, als het op een goede manier wordt ontwikkeld, gebruikt en toegepast. In deze brief heb ik aangegeven welke inspanningen ik ter ondersteuning van de veldpartijen zal leveren om de komende jaren bij te dragen aan bredere toepassing van e-health. Deze inspanningen zijn onder andere:

- Nictiz de komende jaren in staat stellen om te ondersteunen bij de ontwikkeling en het gebruik van informatiestandaarden. Dit in nauwe samenwerking met het Kwaliteitsinstituut en in aansluiting op de standaardisatiebehoefte en activiteiten van de Nationale Implementatieagenda e-health. Hiervoor stel ik jaarlijks € 5 mln beschikbaar.
- Het borgen van het elektronisch inzage-recht van patiënten in hun medisch dossier in de Wet cliëntenrechten zorg.



- Samen met de NZa werken aan het aanpassen van de bekostigingsregels.
- Met het CVZ, de NZa en ZonMw zorgen voor juiste informatie over wet- en regelgeving en goede voorbeelden van e-health op de website [www.zorgvoorinnoveren.nl](http://www.zorgvoorinnoveren.nl).
- Het stellen van aanvullende regels voor de beveiliging van elektronische informatie-uitwisseling in de zorg. Daarbij zal ik zorgen dat zorgverzekeraars geen toegang hebben tot elektronische uitwisselings-systemen en een forse sanctie stellen op de overtreding van dat verbod.

Het vergroten van het aandeel van e-health in onze gezondheidszorg is voor mij van groot belang. Ik zal dit thema dan ook blijven agenderen, partijen aanspreken op hun verantwoordelijkheid en in gesprek blijven met de partijen achter de Nationale Implementatieagenda e-health. Ik verwacht ook dat zij hun achterban organiseren om gezamenlijk onze ambities te realiseren. De periode van vrijblijvendheid is voorbij en het is tijd om gezamenlijk stappen te zetten.

Door het gebruik van e-health te monitoren, kunnen wij de resultaten van de gezamenlijke inspanningen volgen. Ik zal de uitkomsten van deze monitor jaarlijks rond Prinsjesdag rapporteren aan uw Kamer, te beginnen in september 2013.

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