

Notitie

## N-20-18905 Reactie op wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg

Aan VWS

CC

Status

- Ter koersbepaling  Ter besluitvorming  
 Ter informatie  Hamerstuk

Eerder besproken

VAN  
drs. P.J.H. Jansen

AUTEUR  
drs. P.J.H. Jansen

KENMERK  
N-20-18905

DATUM  
10 juni 2020

In deze notitie treft u de reactie van zorgverzekeraars/zorgkantoren op het wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

Wij onderschrijven het doel van de wet en zijn blij dat gegevensuitwisseling in het kader van goede zorg de nadruk krijgt die nodig is. Wij vragen echter aandacht voor de voorwaarden waaronder dit plaatsvindt en de beoogde uitwerking zoals beschreven in de memorie van toelichting.

Het spijt ons te moeten constateren dat de totstandkoming en de uitwerking van de tekst van deze wet, voor zover wij hebben kunnen nagaan, zonder betrokkenheid van de essentiële partijen in de zorg heeft plaatsgevonden. Hopelijk zal in het vervolgtraject er meer sprake zijn van gemeenschappelijkheid. Belangrijkste punt waar wij ons zorgen over maken is de vraag of het in te zetten instrument van wetgeving niet teveel tijd, geld en administratieve lasten gaat kosten. Gezamenlijk zullen we moeten bepalen in welke gevallen het vastleggen in normen en handhaving via wetgeving in de rede ligt.

Zorgverzekeraars Nederland wil onderstaande specifieke punten graag onder uw aandacht brengen en u verzoeken deze mee te nemen bij de verdere behandeling van het Wetsvoorstel.

- Goede regie vereist ook het ruimte geven aan spelers als dit wenselijk is. Keer op keer zal nut en noodzaak van het tot achter de komma regelen en wettelijk afdwingen van gegevensuitwisselingen moeten worden bekeken.
- Naar onze mening hoeft niet alles te worden dichtgeregeld met normen:
  - Ook in bestaande regelingen kan al de goede kant worden opgestuurd zonder wettelijke verplichting, denk hierbij aan de recente stappen en resultaten in het kader van gegevensuitwisseling in de acute zorg die partijen gezamenlijk hebben opgepakt.
  - Zorgverzekeraars/zorgkantoren kunnen ook algemeen geaccepteerde standaarden en uitwisselingen als verplichtend in hun inkoopcontracten met zorgaanbieders opnemen.
  - We zien de wet als middel om versnelling te kunnen aanbrengen in uitwisselingstrajecten die niet van de grond komen; het is van belang om te voorkomen dat het onbedoeld een vertragende werking heeft op lopende initiatieven.
  - De wet mag ons inziens niet leiden tot het uitsluiten van gemeenschappelijke voorzieningen die zorgpartijen noodzakelijk achten. Dit geldt zeker voor bestaande, goed werkende oplossingen die nu aan alle wet- en regelgeving voldoen.

## Notitie

### N-20-18905 Reactie op wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg

- Hoewel de wet enkel voor Zvw en Wlz geldt vragen we expliciet aandacht voor (het creëren van) standaardisatie over domeinen heen. Overigens vraagt dit ook om heldere governance afspraken.
- Focus in eerste instantie op onderlinge gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. In 2.3.4 van de MvT staat "Het gaat immers bij gegevensuitwisseling tussen zorgverleners vaak om dezelfde gegevens zoveel mogelijke gebruik makend van dezelfde standaarden (voldoen aan de FAIR principes), die ook met de cliënt worden uitgewisseld". Zonder het belang van MedMij te willen ontkrachten is de uitwisseling tussen zorgverleners onderling primair en moet deze in dienste staan van de uitwisseling met de patiënt; niet andersom.
- Gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders om de kwaliteit van zorg te verbeteren betreft niet alleen individuele patiënten, maar óók geaggregeerde informatie over patiënten heen. Dus governance, standaardisatie, architectuur, certificering, roadmap zijn ook voor het kwaliteitsregistratie-domein hard nodig, relevant en grotendeels identiek qua eisen. Wij geven in overweging om dit onderdeel ook in deze wet mee te nemen.
- Het punt van de "Roadmap" is wat ons betreft veel te vrijblijvend beschreven in de MvT. Met elkaar zal, naast een overzicht van prioritaire onderwerpen en een tentatieve tijdslijn, een overkoepelend afsprakenstelsel en architectuur ontwikkeld moeten worden waar binnen de normen in samenhang opgesteld worden. In de MvT wordt gesteld dat het technisch mogelijk moet zijn dat de gegevens worden uitgewisseld, bijvoorbeeld door landelijke dekking van onderling verbonden infrastructuren, vóóordat een gegevensuitwisseling op de roadmap wordt geplaatst. Is dit niet de omgekeerde wereld? Het gebrek aan samenhang, qua onderwerpen èn qua timing tussen de diverse VIPP-regelingen versterkt de behoefte aan een goed afgestemde en onderbouwde roadmap.
- Belangrijkste bezwaar/ risico dat wij zien is nut en noodzaak bepalen wanneer wél tot het geheel doorlopen van de trits normering, certificering en uiteindelijk afdwingen via wetgeving nodig is. Hoe borgen we dat er niet onnodig veel tijd, energie èn geld in zaken moet worden gestopt die partijen in een aantal gevallen ook zelf (kunnen) oppakken? Zo werkt het project XIS-1<sup>e</sup> lijn van NHG, LHV, InEen, Patiëntenfederatie en ZN succesvol aan een keurmerk voor de XIS'sen in de huisartsensector.
- We missen het onderdeel dat ook een concept norm in de praktijk zal moeten worden beproefd en mogelijk weer worden aangepast. De PROVES- aanpak heeft zich de afgelopen jaar meer dan bewezen, en moet ons inziens dan ook expliciet als te doorlopen stap worden opgenomen.
- Certificering heeft ook andere effecten: er moeten nog steeds andere, innovatieve initiatieven worden toegestaan – liefst via een PROVES-aanpak, met opschaling na positief resultaat. Daarnaast moet goed worden nagedacht hoe om te gaan met de situatie dat een eerder gecertificeerd product opeens niet meer voldoet (al dan niet na aanpassing van de normen). De gevolgen hiervan zijn immers zeer groot en kunnen zorgaanbieders voor een groot dilemma stellen.
- Verder vragen wij ons af welke kosten er in zijn algemeenheid gepaard gaan met een verplicht certificeringsproces en de nog in te richten normenraad; Certificeringskosten worden niet vergoed uit overheidsmiddelen, maar moeten wel door de zorgaanbieders betaald worden, deze komen dus ook gewoon uit gemeenschapsgeld, dat vervolgens dus niet aan directe zorg kan worden besteed.

Notitie

## N-20-18905 Reactie op wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg

- We zien graag dat er een tijdschema wordt opgesteld met de te voorziene doorlooptijden. En dan niet enkel bij de ideale happy flow, maar ook één waarin rekening wordt gehouden met de niet denkbeeldige situatie dat partijen niet tot een norm komen cq. hier erg lang over doen. Met andere woorden: hoeveel tijd zit er tussen starten van een normeringstraject, brede implementatie in het veld en uiteindelijke verplichtstelling?
- Als elke vijf jaar een NEN-norm moet worden herzien, betekent dit ons inziens het risico verstrikt te raken in zelf gecreëerde bureaucratie. Na een herziening moeten alle softwareleveranciers weer aanpassingen doorvoeren en opnieuw het certificeringstraject in, dat kost héél veel inspanning, tijd en geld. Of moet er elke 5 jaar expliciet beoordeeld worden (met het veld) of een norm aan herziening toe is? Dan kan ook de bewuste keuze worden gemaakt dit niet te doen. Zo wordt een concreet moment gecreëerd waarop daar bij stil wordt gestaan. Tevens opperen wij de mogelijkheid om voor het hernieuwen van de certificering een verkort traject te doorlopen.
- Er wordt per norm een MKBA uitgevoerd, hetgeen wij van harte onderschrijven. Om een indruk te krijgen van de hoogte van de kosten die er in zijn algemeenheid mee gepaard gaan zouden wij graag inzicht krijgen in een integrale inschatting van alle kosten gepaard gaand met:
  - opstellen normen, (niet alleen uitbreiding organisatie NEN, maar ook capaciteit zorgverleners en softwareleveranciers)
  - afkoop licentiekosten
  - inrichting en instandhouding van een Normenraad
  - certificering (certificerende instellingen, kosten voor aanvragende partijen)
  - de voorziene vijfjaarlijkse herijking
  - toename beheerskosten zorgaanbieders
  - de beoogde financiële voordelen voor zorgaanbiedersEn last but not least ook een becijfering van de gezondheidsvoordelen en wellicht de verwachte 'gezondheidswinst'.
- Er wordt gesteld dat de keuzemogelijkheden voor zorgaanbieders vergroot worden doordat meer aanbieders van informatietechnologieproducten en -diensten op de zorgmarkt komen. Naar onze inschatting wordt de markt eerder kleiner dan groter. In de MvT staat dat het van het grootste belang is dat ook kleine aanbieders van IT-producten en -diensten worden betrokken bij de ontwikkeling van normen. Of zij hier capaciteit en geld voor hebben is ons inziens ook zeer twijfelachtig. Naar onze mening is het ook niet realistisch dat er per gegevensuitwisseling vrije keuze zou zijn voor de zorgaanbieders.
- Uit de toelichting over spoor 1 en 2 is ons niet duidelijk of er altijd wordt gestart met spoor 1 en dat pas sprake is van spoor 2 als spoor 1 niet het gewenste effect lijkt te hebben. Of kan ook direct spoor 2 worden ingezet en taal en techniek aan de voorkant worden afgedwongen (bijvoorbeeld omdat deze voorzieningen er al zijn en er geen onnodige nieuwe initiatieven hoeven te worden opgestart)? Wie bepaalt dit dan (naast de Minister) en op basis waarvan? Hier zou een advies van het IB– dus met betrokkenheid van het veld-, op zijn plaats zijn.

Notitie

## N-20-18905 Reactie op wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg

- 4.2 van de MvT, eerste zin vraagt om nadere uitleg: "Het wetsvoorstel regelt niet óf uitgewisseld mag worden maar - als uitgewisseld mag of moet worden - hóe uitgewisseld moet worden (elektronisch, en eventueel volgens bepaalde eisen)." Het wetsvoorstel regelt immers ook **dat** bepaalde gegevens elektronisch uitgewisseld **moeten** worden. Pas bij spoor 2 wordt er ook iets over het **hoe** gezegd.
- De laatste zin van 4.2 snappen wij absoluut niet, wat staat hier?
- Evenals de VZVZ in haar reactie aangeeft stellen wij voor om alleen de aangewezen gegevensuitwisselingen (zoals bijvoorbeeld genoemd in de lijst van het Informatieberaad) wettelijk te benoemen, met daarbij een standaard (maximale) invoeringstermijn. In voorkomende gevallen kan de wettelijke bepaling gelijktijdig met de vaststelling in het IB plaatsvinden.
- In artikel 4.3 van het wetsvoorstel staat: "Onze Minister kan degene die een informatietechnologieproduct of -dienst aanbiedt aan een zorgaanbieder of een informatietechnologieproduct of -dienst ondersteunt die in strijd met artikel 3.1 niet voorzien is van een certificaat, een bestuurlijke boete opleggen van ten hoogste € 900.000,-." Dit is te breed geformuleerd; het kan dan enkel om producten en diensten gaan die gegevensuitwisselingen ondersteunen die als wettelijk verplicht zijn aangewezen conform dit wetsvoorstel, indien na afloop van de maximale invoeringstermijn deze producten/diensten die de betreffende gegevensuitwisselingen faciliteren nog niet zijn gecertificeerd (maar wel worden gebruikt).

Alles overziend denken wij dat het goed is om met elkaar te bepalen wanneer wel, en vooral wanneer niet, gebruik gaat worden gemaakt van wet- en regelgeving om te voorkomen dat we onbedoeld de noodzakelijke versnelling en borging van gestandaardiseerde gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders onderling frustreren.