Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2016–2017

27 529 Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg

Nr. 142 **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 november 2016

Informatievoorziening en ICT spelen een belangrijke rol in een informatie-intensieve sector zoals de zorg. Veranderingen, die de zorg veiliger en efficiënter maken, volgen elkaar snel op. Een goede informatievoorziening is essentieel voor goede zorg en een cruciale voorwaarde voor het verbeteren van de (informatie-) positie van de patiënt. Daarnaast maakt goede informatievoorziening beleid beter uitvoerbaar en ondersteunt het sturing, toezicht en handhaving. Met deze brief informeer ik u, mede namens de Staatssecretaris, over de beleidsprioriteiten en voortgang op het gebied van Informatievoorziening en ICT[1]. De versterking die wordt geschetst heb ik mede in gang gezet naar aanleiding van het rapport «Grip op ICT» van de tijdelijke commissie-ICT (Kamerstuk 33 326, nr. 5) van uw Kamer en de kabinetsreactie (Kamerstuk 33 326, nr. 13) daarop.

1 Samenvatting

1.1 Ambitie

Informatievoorziening en ICT bieden kansen. Het Ministerie van VWS wil dat informatievoorziening en ICT de zorg vooruit helpen en werkt daar actief aan mee. Dat doen we door beleid te maken waarbij voorwaarden wat betreft informatievoorziening en ICT al in een vroeg stadium worden meegenomen en door het (doen) creëren van waarborgen.

Nieuwe mogelijkheden zijn er bijvoorbeeld voor regie op gezondheid, die begint bij regie op eigen gezondheidsgegevens. Dat wordt makkelijker als we online en veilig bij onze eigen gegevens kunnen en we er op kunnen

[1] In navolging op aanbeveling 15 uit het rapport «Grip op ICT» van de tijdelijke commissie-ICT (Kamerstuk 33 326, nr. 5), ook wel de Commissie-Elias genoemd, is toegezegd dat alle ministeries in 2016 de Tweede Kamer zullen informeren over de beleidsprioriteiten en de bijbehorende uitdagingen op het gebied van Informatievoorziening en ICT.

kst-27529-142
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

vertrouwen dat de gegevens die we dan zien ook betrouwbaar (volledig en up-to-date) zijn. Dat is ook nodig om onze eHealth-doelstellingen (Kamerstuk 27 529, nr. 130) mogelijk te maken. Nieuwe mogelijkheden zijn er ook voor professionals, bijvoorbeeld doordat big data kan bijdragen aan betere en slimmere behandelmethodes.

Maar naast kansen zijn er ook risico's, bijvoorbeeld als het gaat om privacy, informatiebeveiliging en veilige toegang tot gegevens. Dit vraagt om publieke waarborgen, waar nodig regie vanuit het Rijk en afspraken met het veld.

1.2 Waarborgen

Het is aan de overheid om handhaafbare voorwaarden te stellen aan een juiste balans tussen informatie delen en slimme, technologische vernieuwing aan de ene kant en zeggenschap over gegevens, beveiliging, privacy en haalbaarheid aan de andere kant.
Het onlangs aangenomen wetsvoorstel Cliëntenrechten bij Elektronische gegevensverwerkingen (Kamerstuk 33 509, A) geeft onder meer invulling aan het recht van cliënten op elektronische toegang tot hun medische dossiers. In nadere regelgeving zullen ook plichten voor zorgaanbieders worden opgenomen, bijvoorbeeld ten aanzien van informatiebeveiliging en privacy by design. Dit wetsvoorstel biedt de grondslag voor het veilig verkrijgen van eigen zorggegevens die kunnen worden bewaard in Persoonlijke Gezondheidsomgevingen. Normen voor privacy en beveiliging hiervan slaan neer in het «MedMij» afsprakenstelsel waar toezicht op zal zijn.

1.3 Samen met het veld

Veel ICT in de zorg wordt in het veld gerealiseerd, waarbij het Ministerie van VWS regie voert via onder meer het Informatieberaad en waar nodig steun biedt bij implementatie. De ICT-ontwikkelingen vragen om versterking van het informatiestelsel in de zorg en om versterking van de wijze waarop wij samen met het veld werken aan realisatie daarvan. Het gaat dan bijvoorbeeld om het samen werken aan voorzieningen en standaarden en deze ook implementeren en verplichten waar nodig.
In dit kader informeerde ik uw Kamer eerder al over een duurzaam informatiestelsel in de zorg (Kamerstuk 32 620, nr. 93) en toepassing van ICT in de zorg (Kamerstuk 27 529, nr. 130). Ik bied daarbij ondersteuning wanneer dat nodig is. Zo wordt samen met Zorgverzekeraars Nederland het MedMij-programma van de Patiëntenfederatie Nederland gesubsidieerd, waarin gewerkt wordt aan persoonlijke gezondheidsomgevingen. Een ander voorbeeld is dat de komende drie jaar € 105 miljoen wordt vrijgemaakt voor het programma Verbetering Informatievoorziening tussen Professionals en met de Patiënt (VIPP) om te realiseren dat patiënten zelf eenvoudig digitaal toegang krijgen tot hun gegevens bij het ziekenhuis.

1.4 Ambtelijk vakmanschap

Informatievoorziening en ICT maken slimmer beleid mogelijk en bieden nieuwe kansen. Het doordenken van (ICT-ondersteunde) oplossingsrichtingen bij een beleidsdoelstelling vraagt tijd. Die tijd nemen voorkomt situaties waarin de toegezegde oplossingsrichting niet haalbaar blijkt. Daarom is het van belang om in de communicatie met betrokken partijen, en ook uw Kamer, tijd te vragen voor het ontwikkelen van passende (ICT-)oplossingen, ook als op snelheid wordt aangedrongen. En dan nog kan er in de uitvoering tegenslag optreden. Het is van belang om daarbij zorgvuldig vinger aan de pols houden, bij te sturen als het nodig is, open

te zijn over tegenvallers en te blijven professionaliseren. Hierop kom ik later terug.

Het ontwikkelen van beleid en uitvoering met aandacht voor de kansen en risico's van informatievoorziening vergt ambtelijk vakmanschap en een organisatie waar het nadenken over informatievoorzieningsconsequenties standaard wordt meegenomen bij het maken van beleid en het uitvoeren van dat beleid. Om dit te bereiken wordt bij het Ministerie van VWS de centrale kennis en ervaring op het terrein van informatievoorziening en ICT uitgebreid en de CIO-functie versterkt. Parallel hieraan zal ik de kennis en ervaring binnen beleidsdirecties en uitvoeringsorganisaties op het terrein van informatievoorziening en ICT versterken. Dit doe ik onder meer met opleidingen voor zowel bestuurders als beleidsmedewerkers, met de aanstelling van adviseurs voor de Directeuren-Generaal en met de aanstelling van experts die beleidsdirecties kunnen ondersteunen bij piekbelasting. Tegelijkertijd versterk ik de relatie tussen uitvoering en beleid met liaisons vanuit de uitvoeringorganisaties.

In 2015 informeerde ik u over de ontwikkelingen ten aanzien van de informatievoorziening bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het CIBG (Kamerstuk 27 529, nr. 133). In deze brief zal ik opnieuw ingaan op de stand van zaken van deze trajecten en krijgt u een overzicht van de belangrijkste beleidsprogramma's met een ICT-component.

2 Belangrijke keuzemomenten voorafgaand aan een project en tijdens uitvoering

De ervaring leert, zo stond in de kabinetsreactie op het rapport van de commissie-Elias, dat bij complexe beleidstrajecten al in een vroegtijdig stadium, ruim voordat sprake is van een geformaliseerd project, belangrijke keuzemomenten aan de orde zijn die bepalend zijn voor het verdere verloop van een project. Niet zelden worden die keuzes te snel en te impliciet gemaakt, bijvoorbeeld in de interactie tussen een bewindspersoon en de leden van de Tweede Kamer. De tijdelijke commissie ICT van uw Kamer wees daar ook op. Belangrijk is vanuit het beoogde doel het passende instrumentarium te kiezen (en niet andersom) en om transparant bij te sturen wanneer dat nodig is.

2.1 Het doel en de bijbehorende instrumenten van elkaar scheiden

Al bij de tweede evaluatie van de Wet BIG in 2007 werd aanbevolen om in het BIG-register het werkadres van beroepsbeoefenaren beter geregistreerd te krijgen en registratie te verplichten. Dit zou leiden tot meer transparantie voor patiënten. Implementatie van een dergelijke registratie bleek complex. Beroepsbeoefenaren werken vaak op verschillende locaties, wisselen van werk, werken tijdelijk ergens anders, vallen in voor een andere beroepsbeoefenaar of hebben, als ze online diensten verlenen, niet een fysiek werkadres waar ze cliënten te woord staan. Om een complexe (ICT-)registratie te voorkomen en administratieve lasten te reduceren heb ik daarom in 2015 een alternatief geformuleerd, namelijk het verplicht stellen dat BIG-geregistreerden het BIG-nummer vermelden in uitingen als websites en facturen.

De complexiteit van vraagstukken als deze vraagt om goede analyses van mogelijkheden en onmogelijkheden in het toepassen van ICT. Het is daarom van belang om in gesprekken met partners in het veld en uw Kamer steeds tijd te blijven vragen voor het ontwikkelen van instrumenten bij de afgesproken doelen en om op voorstellen terug te komen als er haalbaardere alternatieven blijken te zijn.

2.2 Transparant bijsturen waar nodig

Maar ook dan is het slagen van veranderingen met een grote informatievoorzieningscomponent en daar transparant over zijn niet vanzelfsprekend. Dat is, zo stond ook in de kabinetsreactie op het rapport «Grip op ICT», tot op zekere hoogte inherent aan het eenmalige en vernieuwende karakter van een belangrijk deel van deze veranderingen. Tegenvallers zijn altijd mogelijk en niet altijd een blijk van falen. Bij uitvoering van beleid zijn er altijd risico's die kunnen optreden. Herijking van een project dat complexer blijkt dan gedacht kan daarbij nodig blijken.

Zo informeerde ik uw Kamer enige keren over de voortgang van de overheveling van burgerregelingen van Zorginstituut Nederland (ZIN) naar het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en de vertraging die daarbij op is getreden (Kamerstuk 34 203, nrs. 18, 21 en 22). Op basis van onder meer adviezen van de Chief Information Officer (CIO) van VWS is deze overheveling uitgesteld.

3 Uitgangspunten bij informatievoorziening in de zorg

De technologische ontwikkelingen buiten en binnen de overheid gaan snel, terwijl de gevolgen voor publieke belangen en consequenties voor het informatievoorzienings- en ICT-domein vaak nog niet uitgekristalliseerd zijn, zo stelt ook het Centraal Plan Bureau in haar beleidsbrief[2]. Dit vraagt om een «continu» proces van visievorming op deze ontwikkelingen en wat zij betekenen voor de zorg.

De mensen zelf en de regie die zij over hun eigen leven en gezondheid hebben staan centraal. Dat begint bijvoorbeeld bij het kunnen voeren van regie op eigen gegevens, of die nu zelf worden gemeten of worden verkregen van zorgverleners.
Om regie op eigen gegevens mogelijk te maken moet er veel gebeuren. Dat begint bij de bron: de dossiers bij zorgverleners moeten op orde zijn en informatie moet met patiënten en ook met andere zorgprofessionals gedeeld kunnen worden. Registratie aan de bron en hergebruik van zorginformatie zijn belangrijke uitgangspunten. Hiermee wordt bedoeld dat informatie zoveel als mogelijk eenmalig wordt vastgelegd en op basis van zo mogelijk open standaarden en via veilige zorginfrastructuren vanuit die bron wordt hergebruikt. Dat scheelt ook veel administratieve lasten, omdat dezelfde gegevens voor meerdere doelen (zoals declaratie en kwaliteit) kunnen worden gebruikt. Tegelijkertijd betekent het dat zorgverleners, op basis van afspraken en standaarden informatie met elkaar kunnen uitwisselen.

Bovenal wil ik dat mensen meer zeggenschap krijgen over hun informatie, zodat zij de keuze hebben om hun eigen informatie te delen. Mensen moeten bewust kunnen kiezen voor het delen van gezondheidsinformatie en daarom goed weten wat de gevolgen daarvan zijn. Ook mensen die niet of minder digivaardig zijn moeten goede zorg krijgen. Ook moeten zij er op kunnen vertrouwen dat hun (medische) informatie klopt. Daarbij horen kaders voor veilige opslag en uitwisseling, evenals het borgen van het toezicht daarop. En zeker moet zijn dat de zorgverlener of patiënt die toegang wil tot gegevens echt is wie hij zegt dat hij is. Daarom wordt rijksbreed gewerkt aan eID (elektronische identificatie).

[2] https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Policy-Brief-2016-09-Marktordening-bij-nieuwe-ICT-toepassingen.pdf

«Informatie is macht», zo schreef de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid in haar «working paper» over big data in de zorg[3]. Onze gezondheidsinformatie is geld waard en voor veel bedrijven interessant. Dit vraagt een kritische benadering als het gaat om de bewerking en koppeling van data, zeker als het gaat om big data. Tegelijkertijd biedt dit ook nieuwe mogelijkheden, bijvoorbeeld ten behoeve van onderzoek en toezicht en daarmee de kwaliteit van de zorg voor de patiënt. Daarbij wordt gestreefd naar een goede balans tussen kansen en voorwaarden als privacy en dataveiligheid. Uitgangspunt is dat big data, met waarborgen omkleed, gebruikt kan worden ten behoeve van de patiënt, de professional en het verbeteren van de zorg.

Zorggegevens moeten met respect voor privacy kunnen worden ingezet voor het ontwikkelen van betere zorg. Ethische vraagstukken, privacybescherming en informatiebeveiliging moeten vanaf het begin in het beleid en de praktijk meegenomen worden. Vanwege de gevoeligheid van de gegevens die worden uitgewisseld zijn daarom *privacy by design* en *security by design* cruciaal. Toezichthouders als de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) en de IGZ zien toe op naleving van de op dit terrein al beschikbare wetgeving en waarborgen. Naar aanleiding van een toezegging aan de Eerste Kamer spreek ik met de AP en bezie welke intensiveringen nodig zijn voor het houden van adequaat toezicht hierop.

Veel van deze ontwikkelingen zijn overigens internationaal. Waar mogelijk sluit de zorg aan bij (inter)nationale standaarden, voorzieningen en afspraken. En bij gebrek aan passende (inter)nationale standaarden, maak ik waar het kan met het veld in het Informatieberaad zorgbrede afspraken.

4 Betrouwbaar informatiestelsel in de zorg

In 2013 informeerde ik uw Kamer over een duurzaam informatiestelsel in de zorg en de oprichting van het Informatieberaad (Kamerstuk 32 620, nr. 93). Realisatie van onze doelen vergt goede samenwerking met het veld. In het Informatieberaad maken VWS en veldpartijen[4], vanuit een gezamenlijke meerjarenagenda, afspraken over de samenhang in de informatievoorziening in de zorg.

Het Informatieberaad heeft vastgesteld welke informatievraagstukken met voorrang aangepakt moeten worden (Kamerstuk 27 529, nr. 134). Dit heeft geresulteerd in de vier prioriteiten namelijk het (1) verbeteren van medicatieveiligheid, het (2) versterken van de informatiepositie van patiënten welke nodig is om regie op eigen gezondheid te kunnen houden en het daartoe verbeteren van (3) de digitale informatie-uitwisseling en (4) verbeteren van vastlegging van zorggegevens in de bronregistraties van zorgprofessionals ten behoeve van hergebruik. Dit zijn ook de noodzakelijke voorwaarden om onze eHealth-doelstellingen te kunnen realiseren. Naast de doelen worden ook de informatiethema's die hierbij van belang zijn, zoals privacy, veiligheid, standaardisatie, identificatie en authenticatie, toegankelijkheid en rechtmatig van (her)gebruik van informatie in het Informatieberaad besproken.

Om de informatiepositie van patiënten te versterken werken partijen in het Informatieberaad aan de totstandkoming van Persoonlijke Gezondheidsomgevingen. Onder de werktitel MedMij wordt, mede door het Ministerie van VWS gesubsidieerd, gewerkt aan een afsprakenstelsel en standaarden

---

[3] http://www.wrr.nl/fileadmin/nl/publicaties/PDF-Working_Papers/WP_19_Big_data_in_de_zorg.pdf

[4] VWS, ZN, FMS, NFU, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland, InEen, NHG, LHV, KNMP, KNGF, Actiz, VNG, VGN, GGZ Nederland.

die van toepassing zijn voor de hele zorgsector. Daarnaast stuurt het Informatieberaad op de juiste afstemming met andere relevante programma's zoals Registratie aan de Bron van de ziekenhuizen, de impuls eID van de overheid en Medicatieproces van de samenwerkende eerstelijns en tweedelijns partijen. Om de samenhang tussen al deze grote ontwikkelingen te bewaken wordt gewerkt met concrete gewenste uitkomsten, waar alle leden hun eigen activiteiten, programma's en projecten op kunnen richten. Zo borgen we dat iedereen aan *dezelfde* uitkomsten werkt.
In het Informatieberaad worden afspraken gemaakt die interoperabiliteit tussen sectoren zeker stellen. Dit houdt in dat waar nodig gezamenlijke standaarden worden ontwikkeld, standaarden worden vastgesteld en uitwisselbaarheid en samenwerking zo gemakkelijker worden. Onder die voorwaarde kan iedere sector voor zich de goede stappen zetten. Zo ontstaat vooruitgang in kleine beheersbare stappen en leren van elkaar. Dit geldt bijvoorbeeld voor de Basisgegevensset Zorg. Deze set is ontwikkeld door de ziekenhuizen die samenwerken in het programma Registratie aan de Bron. De set beschrijft een kernset van gegevens die in veel zorgprocessen wordt gebruikt. Doel van deze set is dat deze gegevens in alle relevante zorgprocessen eenduidig worden vastgelegd, waardoor de kwaliteit en bruikbaarheid van de gegevens vergroot worden. Hiermee wordt de registratielast verlaagd, de patiëntveiligheid vergroot en veilige en betrouwbare uitwisselbaarheid verbeterd.

De afspraken die in het Informatieberaad worden gemaakt zijn «vrijwillig maar niet vrijblijvend». Dat houdt in dat alle leden de instrumenten inzetten die zij hebben om de afspraken in de praktijk te laten werken. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om voorlichting, toezicht en handhaving en inkoopondersteuning. Waar nodig ondersteun ik het veld bij implementatie van deze afspraken met bijvoorbeeld de eerder genoemde subsidies. De komende periode wordt in overleg met het veld beoordeeld of een meer structurele invulling van de ondersteuning van implementatie nodig is. Daarbij kijk ik ook naar de wijze waarop dit in andere sectoren gebeurt, zoals in het onderwijsveld (SION[5]) of bij gemeenten (KING[6]). Daarbij wordt tevens gekeken naar de samenwerking met het bedrijfsleven en particuliere kennisinstituten om informatiebeleid en het informatiestelsel te laten innoveren.
Op een drietal thema's ga ik dieper in.

4.1 Gebruik van eID en andere generieke voorzieningen

Het voldoende betrouwbaar kunnen identificeren van patiënten en zorgprofessionals is cruciaal voor onder meer de totstandkoming van persoonlijke gezondheidsomgevingen. Daarom is de zorgsector met de Belastingdienst voorloper in de impuls die het kabinet aan eID geeft (Kamerstuk 26 643, nr. 419). eID is een onderdeel van de nationale Generieke Digitale Infrastructuur (Kamerstuk 26 643, nrs. 349 en 373) waarbij de zorg graag aansluit. Andere onderdelen van deze infrastructuur zijn niet vanzelfsprekend voor de zorg geschikt. In overleg met de Nationaal Commissaris Digitale Overheid (Kamerstuk 26 643, nr. 314) en de leden van het Informatieberaad zal worden besproken hoe de zorgsector bij de voorzieningen van de Generieke Digitale Infrastructuur (GDI) kan aansluiten.

---

[5] Om het uitwisselen van informatie tussen sectoren in de keten kent het onderwijsdomein sinds 2011 een samenwerkingsplatform «SION» (http://www.sionderwijs.nl/) ingericht bestaande uit de onderwijsraden/koepels. De veldpartijen, samen met bestuurders en beleidsvoorbereider, hebben in deze opzet een duidelijke taak in het gedaan krijgen en voorbereiden van de opdrachten die uit Informatiekamer, vergelijkbaar met het VWS-Informatieberaad, voortkomen.

[6] www.kinggemeenten.nl

4.2 Eenduidige aanpak van kwaliteitsregistraties

Door de ambitie en inzet van veel partijen in het veld is al veel bereikt, waardoor de kwaliteit van zorg voor de patiënt de afgelopen periode is verbeterd. Toch kan de samenhang tussen de veelheid aan registraties nog beter. De huidige registratie kenmerkt zich door een veelheid aan registraties met uiteenlopende doelen. Daarom is het streven de door partijen in gang gezette positieve ontwikkeling te stimuleren door met een «coalition of the willing» de nu nog ervaren belemmeringen weg te nemen. Registratie aan de bron is voor mij daarbij een belangrijk uitgangspunt. Dit vergroot de kwaliteit van de gegevens, vermindert de registratielast en voorkomt grote, dure en kwetsbare dataverzamelingen elders. Hiervoor is een publiek afsprakenstelsel nodig waarin privacy by design, security by design en zeggenschap over gegevens worden geregeld. Hierover wil ik in het Informatieberaad afspraken maken.

4.3 Open data

VWS wil dat iedereen gemakkelijk kan beschikken over kwalitatief goede openbare gegevens over de zorg. Open data over de zorg maakt de zorg transparanter en geeft patiënten een betere informatiepositie[7]. Zo kunnen zij bijvoorbeeld behandelingen en behandelaars vergelijken en daardoor betere keuzes maken. Toegang tot openbare zorgdata kan ook leiden tot innovatieve toepassingen in de zorg, die een bijdrage kunnen leveren aan een goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Ook kunnen openbare zorgdata onze kennis vergroten, doordat wetenschappers er toegang toe krijgen. En als meerdere open datasets worden gecombineerd, kunnen nieuwe inzichten ontstaan door het gebruik van de technieken van big data die ten goede komen aan de patiënt.

Vanwege de privacygevoeligheid van zorgdata acht ik het van het grootste belang dat wordt stilgestaan bij de verschillende privacy- en concurrentiegevoelige aspecten van open data. Dit vraagt een – niet eenvoudige – risicoafweging, omdat daarbij ook de relaties met andere datasets moeten worden beoordeeld, zodat niet via combinatie van meerdere open datasets toch privacyrisico's ontstaan. Daarom heeft het RIVM, zoals toegezegd in 2015 (Kamerstuk 32 620, nr. 157), een zogenoemde «datawasstraat» ontwikkeld.

De datawasstraat is een geheel aan algemeen toepasbare procedures en voorzieningen die nodig zijn om invulling te geven aan de open data agenda van VWS en is daarmee een nadere invulling van de Handreiking Open data[8] van het Ministerie van Binnenlandse Zaken (BZK) als het gaat om het open maken van privacygevoelige data. De ruggengraat van de datawasstraat is een beslisboom, die onlangs door het RIVM is gepubliceerd[9]. De beslisboom is een stroomdiagram met daarin alle juridische afwegingen die gemaakt moeten worden om informatie als open data te kunnen publiceren[10]. De afwegingen worden in het begeleidende rapport «RIVM open data» uitgebreid beschreven[11]. Vanwege de eerder genoemde gevoeligheid van persoonlijke zorgdata, ook in relatie tot toegenomen mogelijkheden van big data, legt de beslisboom een sterke nadruk op het risico van herleidbaarheid van gegevens naar individuen.

---

[7] Zie ook de brieven over open data in het zorgdomein (Kamerstuk 32 620 , nrs. 131 en 157).

[8] https://data.overheid.nl/handreiking-bij-openen-van-data

[9] (http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2016/Beslisboom_voor_publiceren_open_data_ontwikkeld).

[10] Deze beslisboom kent een voorganger bij het Ministerie van Infrastructuur en Milieu. http://geoservices.rws.nl/opendata/beslisboom/default.html

[11] http://www.bk.tudelft.nl/fileadmin/Faculteit/BK/Over_de_faculteit/Afdelingen/OTB/publicaties/Rapporten/2016_RIVM_open_data.pdf

Ofschoon de datawasstraat een zekere mate van exactheid en duidelijkheid suggereert, blijft er altijd interpretatie en discussie mogelijk. Binnen VWS wordt deze risicoanalyse door alle onderdelen van het ministerie gebruikt bij de publicatie van open data. Ook in het Informatieberaad is afgesproken dat deze door de leden waar mogelijk toegepast wordt. Gezien de snelle ontwikkelingen op het terrein van big data en de gevoeligheid van persoonlijke zorgdata zal de risicoanalyse in een continu proces door het RIVM getoetst worden aan de laatste stand van wetenschap en techniek. Ik zal hierbij de wetenschappelijke wereld en de AP betrekken.

5 Versterking van het ambtelijk vakmanschap

Ook al zijn informatievoorziening en ICT niet meer weg te denken, de kennis, expertise en personele capaciteit op deze gebieden zijn vaak nog schaars. Versterking daarvan is blijvend nodig, zo blijkt ook uit de kabinetsreactie op het eerder genoemde rapport «Grip op ICT». Een dergelijke versterking kan leiden tot slimmer en beter uitvoerbaar beleid. Binnen VWS wordt de centrale kennis en ervaring op het terrein van informatievoorziening en ICT daarom uitgebreid en de CIO-functie versterkt.

Ik verwacht ook in elke beleidsdirectie voldoende kennis en ervaring op het terrein van informatievoorziening en ICT. Hiertoe zal ik onder meer een opleidingsprogramma starten en waar mogelijk daarvoor aansluiten bij rijksbrede initiatieven[12]. Voldoende «iVakmanschap» is ook nodig bij beleidsdirecteuren en Directeuren-Generaal. Deze laatst genoemden krijgen elk een eigen adviseur op dit terrein en ook voor hen worden opleidingen georganiseerd. Daarnaast worden experts aangesteld die beleidsdirecties kunnen ondersteunen bij piekbelasting en bij complexe vraagstukken.

Ook de uitvoeringsorganisaties van VWS zullen hun kennis en expertise op het terrein van informatievoorziening en ICT versterken. Zij zullen daarbij specifiek aandacht besteden aan de inrichting van een CIO-functie en daarmee de realisatie van onafhankelijke advies- en oordeelsvorming, architectuur en versterking van applicatie- en projectportfoliomanagement. Hiermee wordt het inzicht in alle ICT-initiatieven en de stand van zaken daarvan versterkt. Ook wordt de afstemming tussen beleid, toezicht en uitvoering versterkt.

6 ICT uitvoering binnen mijn ministerie

Veel ICT in de zorg wordt in het veld zelf ontwikkeld. Dat neemt niet weg dat ook VWS opdrachtgever is van projecten die leiden tot nieuwe of aangepaste ICT-voorzieningen. In de bijlage bij deze brief beschrijf ik van de belangrijkste projecten de laatste stand van zaken uit deze trajecten[13]. Het gaat daarbij om vier mogelijke nieuwe projecten en enkele bij u reeds bekende lopende projecten. Vanzelfsprekend blijf ik u in de beleidsbrieven over de desbetreffende onderwerpen meer in detail informeren.

---

[12] Zo maakt VWS per 1 september 2016 bijvoorbeeld ook gebruik van vijf ICT-trainees vanuit het Rijks ICT Traineeprogramma (RITP), zoals ingericht in reactie op de adviezen van de tijdelijke commissie-ICT van uw Kamer.

[13] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

7 Tot slot

De in deze brief geschetste versterking van informatievoorziening en ICT in beleid en uitvoering is noodzakelijk en blijvend. Maar ook met die versterking blijft het van groot belang om uitvoerbaar beleid te formuleren en voortdurend aandacht te hebben voor de uitvoering. Samen met het veld hoop ik zo de kansen die informatievoorziening en ICT bieden voor de zorg volop te benutten en de waarborgen te scheppen die daarbij nodig zijn.

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