Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2024–2025

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

**Nr. 326**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 december 2024

Om de zorg voor iedereen goed, toegankelijk en betaalbaar te houden, ondersteunt de NVS de beweging van traditionele zorg naar passende (digitale en hybride) zorg, gezondheid en preventie. Digitalisering, gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid vervullen hierin een cruciale rol. Dit heeft u gelezen in de brief die ik u eerder toestuurde over de Agenda van databeschikbaarheid in de zorg, waarin ik de samenhang van de onderdelen van het gezondheidsinformatiestelsel heb geschetst.[1]

In deze brief leest u over de Nationale strategie voor het gezondheidsinformatiestelsel (NVS). De NVS geeft de richting aan van waar we aan moeten werken om in 2035 databeschikbaarheid te bereiken voor burgers, zorgverleners, zorgorganisaties, wetenschap en beleid. Met de NVS ligt het plan voor om ervoor te zorgen dat burgers en zorgverleners altijd op het juiste moment en op de juiste plek de gezondheidsinformatie hebben om goede en betaalbare zorg te kunnen krijgen. Ik beschrijf wat de strategische doelstellingen inhouden, waar we op dit moment staan en hoe VWS samen met het zorg- en ICT-veld de regie voert op de uitvoering.

Ook informeer ik u over hoe de coalitieakkoordmiddelen voor de standaardisatie van gegevensuitwisseling in de zorg worden ingezet. Hiermee voldoe ik aan mijn toezegging om de Kamer te informeren wanneer middelen worden overgeheveld naar de VWS-begroting[2, 3, 4].

---

[1] *Kamerstuk 27 529, nr. 325*
[2] *Kamerstuk* 27 529, nr. 283
[3] *Kamerstuk* 27 529, nr. 288
[4] *Kamerstuk* 27 529, nr. 308

kst-27529-326
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2024

## Met de Nationale visie en strategie naar een toekomstbestendig gezondheidsinformatiestelsel

Voor het goed functioneren van het zorgstelsel is een goed functionerend gezondheidsinformatiestelsel nodig. Het gezondheidsinformatiestelsel van de toekomst omvat naast het zorgdomein ook het sociaal domein[5] en het domein van de publieke gezondheid. Voor het realiseren van dit integraal georganiseerde gezondheidsinformatiestelsel moet nog veel gebeuren. Daarom heeft mijn ministerie de Nationale visie en strategie (NVS) opgesteld. De NVS is in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nictiz en de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) tot stand gekomen.

### De Nationale visie

Het eerste deel van de NVS, de Nationale visie op het gezondheidsinformatiestelsel[6], is in april 2023 met uw Kamer gedeeld. Dit toekomstbeeld schetst de beweging via gegevensuitwisseling naar maximale databeschikbaarheid in 2035. Deze ontwikkeling naar een integraal georganiseerd gezondheidsinformatiestelsel is gebouwd op de fundamenten databeschikbaarheid, vertrouwen en regie.

Met **databeschikbaarheid** kunnen gezondheidsgegevens vrij bewegen tussen verschillende domeinen en komen ze precies daar terecht waar ze nodig zijn voor goede zorg. De beschikbaarheid van deze gegevens is gebaseerd op **vertrouwen**: vertrouwen in de kwaliteit van de date (betrouwbaarheid) en vertrouwen in het veilig en goed gebruik van data. En het Ministerie van VWS zorgt voor de **regie** op (de organisatie van) het stelsel waarbij alle partijen verantwoordelijkheid nemen voor hun rol.

De visie beschrijft ook de drie plateaus waarin het gezondheidsinformatiestelsel tot stand komt:

1. **Interoperabiliteit[7] georganiseerd (2023–2026):** Data-uitwisseling past bij ketenondersteuning, waarbij bekend is wie de volgende behandelaar is in een zorgproces. Dit eerste plateau valt samen met de looptijd van het Integraal Zorgakkoord, waarin ook afspraken zijn gemaakt over gegevensuitwisseling in de zorg.
2. **Netwerk georganiseerd (2027–2030):** Bij netwerkzorg is er geen vaste volgorde meer in de stappen in het zorgproces. Dan gaat het om het kunnen ophalen van de juiste gegevens op het juiste moment en op de juiste plek, natuurlijk met waarborgen voor patiëntveiligheid en privacy.
3. **Integraal georganiseerd (2031–2035):** Om in het zorgdomein, het sociaal domein én het domein van de publieke gezondheid beter op databeschikbaarheid te kunnen sturen, is regie nodig om een integraal gezondheidsinformatiestelsel te realiseren. Dit is in het belang van de burger, de zorgverlener, het informele zorgnetwerk rondom de burger,

---

[5] Het sociaal domein gedefinieerd als beleidsterreinen voor gemeenten, rijk en maatschappelijke partners, die te maken hebben met de ondersteuning van mensen, het vergroten van de leefbaarheid en het bevorderen van participatie. Hier valt bijvoorbeeld onder: werk en inkomen, sociaal werk, zorg, jeugdzorg, jeugd-ggz en onderwijs. Gemeentelijke verplichtingen in dit domein liggen onder andere vastgelegd in de volgende wetten: Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Jeugdwet. Publieke gezondheid domein gedefinieerd als zorg- en hulpverleners die aan het verbeteren en beschermen van de gezondheid van iedere inwoner in Nederland werken. Bijvoorbeeld via het consultatiebureau, de schoolarts, vaccinaties en hulp bij een gezonde levensstijl en een gezonde leefomgeving. Meestal voert de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) deze taken uit. Deze domeinen moeten in eerste aanleg binnen het VWS-domein worden bezien.

[6] *Kamerstuk* 27 529, nr. 292

[7] Interoperabiliteit is de mogelijkheid van systemen, partijen, of individuen om met elkaar samen te werken, te communiceren en informatie uit te wisselen.

onderzoekers en beleidsmedewerkers. Kortom, van iedereen die in het algemeen belang goede toegang tot gezondheidsgegevens nodig heeft.

## De Nationale strategie

In de NVS is al aangekondigd dat verdere uitwerking plaatsvindt in de vorm van een Nationale strategie. De fundamenten en de leidende principes uit de visie geven hier richting aan. In de Nationale strategie die u nu voor zich heeft, staat *wat* er moet gebeuren om te komen tot een integraal georganiseerd gezondheidsinformatiestelsel dat de noodzakelijke beweging naar passende (digitale en hybride) zorg, gezondheid en preventie ondersteunt. Met deze strategie kijk ik behalve naar plateau 1, ook verder naar de plateaus 2 en 3.

*De totstandkoming van de NVS via een open beleidsproces*

De strategie zoals opgenomen in de bijlage bij deze brief is onder mijn voorgangers verantwoordelijkheid gezamenlijk opgesteld met ZN, Nictiz en VZVZ. Hierbij is een breed veld van organisaties betrokken: vertegenwoordigers van alle sectoren in de zorg, ICT-leveranciers in de zorg, standaardisatie-organisaties, patiënten, het sociaal domein en het domein van de publieke gezondheid.

Vervolgens vond op de conceptstrategie een brede consultatieronde plaats waarbij genoemde organisaties op een open, online platform hun feedback konden plaatsen. Meer dan 1.500 opmerkingen zijn gemaakt, die op transparante wijze zijn verwerkt.

*De kernbegrippen van de strategie*

Drie kernbegrippen zijn van belang voor de manier waarop de strategie wordt gerealiseerd: integraliteit, lerend vermogen en samenwerken.

**Integraliteit** betekent dat de samenhang tussen de visie en de strategie altijd voor ogen moet worden gehouden. De plateaus die in de visie en strategie trapsgewijs beschrijven wat er moet gebeuren, staan niet los van elkaar. Keuzes die de komende jaren worden gemaakt, werken door op de lange termijn. En doelen die later in de tijd behaald moeten worden, vragen op eerdere plateaus al om actie. Integraal betekent ook dat het gezondheidsinformatiestelsel naast het zorgdomein ook het sociale domein en het domein van de publieke gezondheid raakt en dat primair en secundair gebruik van data verweven zijn met elkaar.

Het belang van **lerend vermogen** komt voort uit het feit dat de visie en de strategie de komende jaren nog veranderen door de vele afhankelijkheden en ontwikkelingen in de zorg en technologie.

Realisatie van de visie is verder alleen mogelijk in gezamenlijkheid. De nodige **samenwerking** vindt deels al plaats in de praktijk. De volgende stap is om meer organisatie op landelijk niveau aan te brengen.

*Wat er moet gebeuren*

In de strategie beschrijf ik wat er volgens de huidige inzichten moet gebeuren om in 2035 te komen tot een goed werkend en integraal georganiseerd gezondheidsinformatiestelsel. Ik doe dat aan de hand van acht overkoepelende doelstellingen, die trapsgewijs moeten worden gerealiseerd.

De acht doelstellingen licht ik hieronder toe, waarbij ik steeds met voorbeelden aangeef wat er gerealiseerd gaat worden, waar we op dit moment staan en welke kortetermijnkeuzes er moeten worden gemaakt.

*Doelstelling 1: Databeschikbaarheid is gerealiseerd voor zorg, gezondheid en preventie*

De stip op de horizon is databeschikbaarheid voor passende (digitale en hybride) zorg, gezondheid en preventie in 2035. Dit houdt in dat de juiste gezondheidsgegevens, voor iedereen die daartoe bevoegd is en toestemming heeft, op elk moment en op elke plek beschikbaar kunnen zijn, voor primair én secundair gebruik – natuurlijk met waarborgen voor patiëntveiligheid, privacy en vrije toegang tot de zorg.

Daartoe moet in plateau 2 onder meer de routekaart secundair gebruik[8] worden gerealiseerd, met bijvoorbeeld een metadatacatalogus[9] en grondslagen voor zeggenschap. Ook de uit de European Health Data Space (EHDS)-verordening voortvloeiende functies van een Health Data Access Body (HDAB) en Digitale Zorg Autoriteit (DZA) en de in het Regeerprogramma opgenomen opt-out voor gegevensdeling door burgers worden in dit plateau geïmplementeerd. Het usecase-perspectief (zoals dat op dit moment wordt gehanteerd bij de Wegiz) blijft belangrijk, maar maakt steeds meer plaats voor een transformatie van «push-uitwisselingen» (zoals een verwijzing van de huisarts naar specialist) naar «pull-uitwisseling» (zoals het inzien van gegevens bij een acute situatie).

Om hier te komen wordt in plateau 1 vol ingezet op de Wegiz-uitwisselingen, de implementatie van generieke functies[10], het verbinden van bestaande infrastructuren, het realiseren van een goedgevulde persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) en een domeinoverstijgende patiëntsamenvatting. Daarnaast worden voorbereidingen getroffen voor de implementatie van de EHDS-verordening. Zo wordt de in het Regeer-programma opgenomen opt-out regeling uitgewerkt die burgers diverse opties geeft om aan te geven als zij niet willen dat hun persoonlijke zorgdata gedeeld wordt met andere landen of andere zorgpartijen.

*Doelstelling 2: Vastlegging van gegevens is efficiënter voor een minimale administratieve last*

Bij deze doelstelling gaat het om een efficiënte en eenduidige vastlegging van gegevens voor primair en secundair gebruik. Dus voor het gebruik van gezondheidsgegevens voor het daadwerkelijke zorgproces én voor andere doeleinden zoals wetenschappelijk onderzoek, beleid en innovatie. Hierbij is meer nodig dan alleen het uniform implementeren van dezelfde standaarden (bijvoorbeeld informatiestandaarden of zorginformatiebouw-stenen). Ook systemen voor vastlegging moeten beter op elkaar aansluiten en gebruiksvriendelijker worden. Hierbij moet ruimte blijven voor digitale voorzieningen en technologieën in alle beoogde domeinen die verbetering brengen in processen, zoals het gebruik van AI. Natuurlijk met waarborgen voor patiëntveiligheid, privacy en vrije toegang tot de zorg.

---

[8] Zie *Kamerstuk* 27 529, nr. 294

[9] Metadata zijn gegevens die informatie geven over andere gegevens, zoals wie ze heeft gemaakt, wanneer ze zijn gemaakt, en hoe ze kunnen worden gebruikt.

[10] Sets van afspraken, standaarden en (gemeenschappelijke) voorzieningen die helpen om de juiste gezondheidsgegevens op het juiste moment op de juiste plek te krijgen. Er zijn generieke functies voor: identificatie, authenticatie, toestemming, autorisatie, lokalisatie en adressering.

We zetten de ZIB-strategie (zorginformatiebouwstenen) de komende periode onverminderd door zodat steeds meer gegevens gestandaardiseerd kunnen worden uitgewisseld en kijken wat hiervoor verder nog nodig is. Om in plateau 2 verantwoord AI systemen voor gestandaardiseerde gegevensvastlegging te kunnen inzetten, gebruiksvriendelijke systemen voor vastlegging van gegevens te gebruiken volgens NEN8038 én breed eenheid van taal en verbeterde datakwaliteit te realiseren, moet er de komende periode een aantal belangrijke keuzes worden gemaakt en uitgevoerd op het gebied van eenheid van taal en techniek. Zoals de keuzes *welke* (internationale) codestelsels, standaarden en technieken die vastlegging ondersteunen gebruikt gaan worden. Daarnaast vraagt dit voor secundair gebruik om keuzes voor standaarden voor metadata.

*Doelstelling 3: Data zijn situationeel beschikbaar door een breed gebruikt landelijk dekkend netwerk van infrastructuren en generieke functies*

Een landelijk dekkend netwerk van infrastructuren[11] en generieke functies zorgen ervoor dat de juiste gezondheidsgegevens (primair én secundair) altijd beschikbaar kunnen zijn voor iedereen die daar toegang toe zou moeten en mogen hebben. Naast het realiseren en implementeren hiervan is ook een doel- en transitiearchitectuur en een vertrouwensstelsel nodig.

In plateau 1 neem ik op deze doelstelling de regie. We creëren de basis met de ontwikkeling van een doel- en transitiearchitectuur, het realiseren van de zes prioritaire generieke functies[12] en verbindingen tussen bestaande sectorale en regionale infrastructuren met knooppunten als eerste stappen in de realisatie van een landelijk dekkend netwerk van infrastructuren.

In plateau 2 bouwen we daarop voort met het realiseren en implementeren van een landelijk dekkend netwerk, eventuele aanvullende generieke functies en een data- en integratieplatform dat databeschikbaarheid ondersteunt. Deze voorzieningen moeten dan ook gaan voldoen aan de architectuureisen van het gezondheidsinformatiestelsel. Wat betreft het gebruik van standaarden rondom databeschikbaarheid is de insteek dat we alleen nog nationale standaarden ontwikkelen als Europese/internationale standaarden ontbreken.

Ik heb uw Kamer recent geïnformeerd over mijn beleid en aanpak op het vlak van generieke functies[13] en landelijk dekkend netwerk[14].

*Doelstelling 4: Datasolidariteit is met inzet op vertrouwen gerealiseerd*

Kern van deze doelstelling is de bereidheid onder burgers te vergroten om hun (geanonimiseerde) gezondheidsgegevens beschikbaar te stellen voor onderzoek dat het publiek belang dient. Naast het inbouwen van waarborgen voor patiëntveiligheid, privacy en vrije toegang tot de zorg, is hiervoor vertrouwen nodig. Vertrouwen van de burger in het juiste gebruik van gezondheidsgegevens en in de mensen die met gezondheidsdata werken. En vertrouwen van zorgverleners in elkaar en in de kwaliteit van de data.

---

[11] Een landelijk dekkend netwerk van gekoppelde infrastructuren, dat zorgsystemen met elkaar verbindt voor het uitwisselen van gezondheidsgegevens.
[12] Identificatie, authenticatie, toestemming, autorisatie, lokalisatie en adressering.
[13] O.a. *Kamerstuk*, 27 529, nr. 312
[14] *Kamerstuk* 27 529, nr. 313

Om dit te bereiken is het belangrijk dat in plateau 2 rolgebaseerde autorisatie en generieke functies op het vlak van logging en pseudonimisering/anonimisering breed beschikbaar zijn en waar mogelijk verplicht worden toegepast. Ook het operationeel zijn van de eerdergenoemde HDAB is een belangrijke voorwaarde. Daarbij kan een verplichte publicatie van onderzoek met gezondheidsdata ook helpen het vertrouwen in het gezondheidsinformatiestelsel te vergroten.

De komende periode moeten keuzes worden gemaakt over de nadere invulling van de zeggenschap van burgers over gegevens over de eigen gezondheid. Op dit moment is vaak toestemming van de burger nodig voordat gegevens kunnen worden gedeeld voor primair of secundair gebruik. Over de wijze waarop Nederland de in het voorstel voor een European Health Data Space (EHDS) opgenomen opt-out[15] op de beschikbaarheid van gezondheidsgegevens verder invult moeten nadere keuzes worden gemaakt. Daarvoor moet onderzocht en bepaald worden welke zeggenschapsregeling per situatie het meest passend is. In de Kamerbrieven over grondslagen voor gegevensuitwisseling[16], secundair datagebruik[17] en mijn recente brieven over het NIVEL-onderzoek over zeggenschap[18] en het voorlopig politiek akkoord over de EHDS[19] heb ik u hierover nader geïnformeerd.

*Doelstelling 5: Burgers en zorgverleners kunnen volwaardig aan het gezondheidsinformatiestelsel deelnemen*

Dit vraagt om een breed bewustzijn onder burgers, zorgverleners in alle domeinen van de zorg en gebruikers van secundaire data over wat databeschikbaarheid en «volwaardig deelnemerschap» inhoudt. Ook vraagt dit om opleiding en ontwikkelmogelijkheden voor zorgverleners en communicatie gericht op burgers om op een verantwoorde wijze met de digitale ontwikkelingen mee te kunnen gaan.

Om dit mogelijk te maken wordt in plateau 1 ingezet op publiekscommunicatie. Deze is enerzijds gericht op bewustwording van het belang om medische gegevens beschikbaar te stellen: «Uw gegevens verbeteren levens.» En anderzijds om doelgroepen bekend te maken met voor hen relevante generieke functies, zoals de toestemmings- en lokalisatievoorziening. Daarnaast worden voor al bestaande initiatieven «usability-tests» gedaan en een nulmeting uitgevoerd op digivaardigheden van zorgverleners en digitale inclusie van burgers. Natuurlijk doe ik dit in nauwe samenwerking met mijn collega van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

Hierop wordt in plateau 2 doorgepakt door breed begrijpelijke informatie over databeschikbaarheid beschikbaar te stellen. Daarnaast worden indicatoren ontwikkeld én toegepast of aangesloten op bestaande indicatoren die het effect van digitale inclusie op zorgkwaliteit en gezondheid meten. En zorgorganisaties gaan kwaliteitssystemen gebruiken voor het meten van de gebruiksvriendelijkheid van hun systemen.

---

[15] Opt-out betekent dat gegevens over iemands gezondheid standaard beschikbaar zijn, tenzij die persoon aangeeft dat dit niet mag.
[16] *Kamerstuk* 27 529, nr. 295
[17] *Kamerstuk* 27 529, nr. 294
[18] *Kamerstuk* 27 529, nr. 317
[19] *Kamerstuk* 36 121, nr. 5

*Doelstelling 6: De governance op het gezondheidsinformatiestelsel is georganiseerd*

Bij een toekomstbestendig gezondheidsinformatiestelsel hoort een toekomstbestendige, integrale en structureel gefinancierde governance. Doel is dat uiterlijk in 2035 deze governancestructuren zijn ingericht, waarmee er duidelijke sturingslijnen op het gezondheidsinformatiestelsel zijn.

Om daar te komen moeten in plateau 2 de uit de EHDS voortvloeiende functies van de Digitale Zorg Autoriteit (DZA) en de Health Data Access Body (HDAB) operationeel zijn. Dit geldt ook voor het toezicht op de zorg-ICT-markt. Tijdens dit plateau wordt de aansluiting van het sociaal domein en het domein van de publieke gezondheid op deze governance verder verkend. En de routekaart voor de governance-aansluiting van deze domeinen wordt verder geoperationaliseerd, wat noodzakelijk is voor een integraal systeem.

Daartoe is het nodig dat in plateau 1 een beeld ontstaat van de huidige en de gewenste situatie, inclusief scenario's en het groeipad om daar te komen. Een verkenning hiertoe is inmiddels opgestart. Met betrekking tot de inrichting van de functies van DZA en HDAB en het toezicht op de zorg-ICT-markt zet ik op korte termijn concrete stappen. Daarbij verken ik ook of en hoe hier regelgeving voor nodig is. Ten slotte werk ik aan een brede gedragscode voor en door zorg-ICT-leveranciers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en beleidsmakers, die zich richt op het helder maken van maatschappelijk verantwoorde rollen, verantwoordelijkheden en gedragingen met betrekking tot de zorg-ICT markt.

*Doelstelling 7: Het gezondheidsinformatiestelsel strekt zich uit over het zorgdomein, het sociaal domein en het domein van de publieke gezondheid*

Om de beweging naar passende (digitale en hybride) zorg, gezondheid en preventie te kunnen maken, moeten behalve zorgdomein zelf, ook de aan zorg gerelateerde domeinen – zoals het sociaal domein en het domein van de publieke gezondheid – onderdeel worden van het gezondheidsinformatiestelsel. De domeinen hebben eigen kenmerken en per domein ook verschillende eisen en randvoorwaarden. Daarmee moet uiteraard rekening worden gehouden. Daarbij biedt het sociaal domein specifieke uitdagingen, gezien het decentrale karakter. Streven is dat stapsgewijs de inclusie van deze domeinen steeds volledig wordt. Dit zal ik in nauwe afstemming met mijn collega's van OCW en J&V vormgeven. Ook Caribisch Nederland wordt hierin meegenomen, vanuit het principe «comply or explain» en met specifieke aandacht voor de lokale context.

Daartoe wordt in plateau 1 actief de aansluiting en samenwerking met stakeholders vanuit het sociaal domein, het domein van de publieke gezondheid en Caribisch Nederland opgezocht, waarbij de huidige situatie, knelpunten en kansen in beeld worden gebracht om te bezien hoe op termijn aansluiting kan plaatsvinden.

Dit is een noodzakelijke basis voor de ambitie waarbij de relevante data en voorzieningen voor primair en secundair gebruik in alle domeinen beschikbaar zijn. Dit is waar in plateau 2 naartoe wordt gewerkt. Daarbij is een integraal afsprakenstelsel nodig dat regelt wie wanneer welke gegevens mag inzien. En daaruit voortvloeiende noodzakelijke aanpassingen van wettelijke grondslagen zijn in gang gezet.

*Doelstelling 8: de openheid van systemen is gegarandeerd en een gelijk speelveld in de zorg-ICT-markt is gerealiseerd*

Om deze doelstelling te bereiken voer ik nu het Actieplan Zorg-ICT markt uit. In mijn recente voortgangsbrief hierover[20] heb ik aangegeven waar ik sta met de meerjaren-ICT-agenda, de gedragscode, het stimuleren van kennis en vaardigheden aan de vraagkant en het betrekken van leveranciers bij de keuzes die nu voorliggen. Daarnaast werk ik aan openheid van systemen door daarover afspraken vast te leggen in het landelijk vertrouwensstelsel. Door de vereisten en standaarden daartoe in te bedden in de doelarchitectuur. En door het inrichten van een landelijk test- en validatiecentrum en het openbaar maken van incidentenanalyses.

Deze resultaten worden vervolgens in plateau 2 geïmplementeerd. ICT-systemen in de zorg moeten voldoen aan de architectuureisen van het gezondheidsinformatiestelsel, werken volgens internationale en open standaarden en worden landelijk getest en gevalideerd voordat ze op de markt worden gebracht. Tenslotte is ook de handhaving daarop volledig operationeel.

## Aanpak voor de realisatie van de strategie

Het realiseren van een integraal gezondheidsinformatiestelsel is een grote gezamenlijke opgave. In de overkoepelende brief wordt hier voor plateau 1 de eerste invulling aan gegeven. VWS neemt hierbij graag de regie en zorgt voor een nationale aanpak, maar we kunnen deze klus alleen klaren als we landelijk en regionaal samenwerken. Een breed speelveld aan zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, burgers, regionale samenwerkingsorganisaties, kenniscentra, ICT-leveranciers en andere aanbieders van digitale gezondheidsdiensten, actoren uit het sociaal domein en het domein van de publieke gezondheid, en overheden moet gezamenlijk invulling geven aan de realisatie. Van belang is dat we dit doen vanuit overzicht. Deze strategie is randvoorwaardelijk voor de realisatie. Het is essentieel om de voortgang ervan te bewaken en te sturen op onderlinge afhankelijkheden. Dit wordt gedaan door een vertaling te maken naar een basisportfolio van programma's dat een eerste invulling (basis op orde) geeft aan de doelstellingen. Het huidige basisportfolio van het gezondheidsinformatiestelsel ziet er op strategisch niveau schematisch als volgt uit:

*Dit is een momentopname van oktober 2024 en geeft een globaal overzicht van lopende activiteiten die bijdragen aan de realisatie een toekomstbestendig gezondheidsinformatiestelsel, zoals beschreven in de Nationale Visie en Strategie (NVS).*

[20] *Kamerstuk* 27 529, nr. 316

Door nadrukkelijk de NVS-doelstellingen als uitgangspunt te nemen bij het portfolio en dit periodiek te herijken, ontstaat een dynamisch overzicht van prioritaire strategische trajecten die essentieel zijn voor de totstandkoming van het gezondheidsinformatiestelsel. Per plateau zal de focus van dit portfolio veranderen. Er worden trajecten afgerond of opgestart, trajecten gaan van ontwikkeling naar implementatie en beheer.

Zoals ook uit het voorgaande blijkt, zijn er in de komende periode diverse keuzes te maken om te komen tot een landelijk werkend gezondheidsinformatiestelsel. Keuzes om trajecten die bijdragen aan de strategie op of voort te zetten. Keuzes om trajecten die minder bijdragen af of om te bouwen. Keuzes om bepaalde trajecten, gelet op de schaarse ICT-capaciteit of onderlinge afhankelijkheden, te prioriteren of te de-prioriteren. Deze keuzes in het algemeen belang voor de zorg zullen soms voor bepaalde partijen pijn doen of tot desinvesteringen leiden. Toch zullen ze soms nodig zijn. Het realiseren van de strategie balanceert daarmee continu tussen kortetermijnhandelen om de problemen van vandaag op te lossen en investeren in wat op langere termijn noodzakelijk is.

Deze grote digitale transitie van de gezondheidszorg vereist een adequate financiering. Zowel incidenteel (inclusief transitiekosten) als structureel.

Er zullen nieuwe landelijk dekkende systemen en voorzieningen moeten worden opgebouwd, we zullen afscheid moeten nemen van andere toepassingen. Zeker op langere termijn is de exacte omvang van de hiervoor benodigde middelen nog niet helemaal duidelijk. Zowel op de begroting van mijn ministerie als op de Aanvullende Post Algemeen zijn middelen beschikbaar voor de noodzakelijke randvoorwaarden.[21] Daarbij geldt dat de verschillende domeinen die voor de integraliteit van het gezondheidsstelsel nodig zijn, eigen kenmerken en randvoorwaarden hebben en ook verschillend worden gefinancierd. Om de beoogde transitie over de verschillende domeinen heen te realiseren, moet daarom aandacht worden besteed aan de vraag of, en zo ja welke, middelen per domein ingezet kunnen worden om tot een doelmatige en doeltreffende totstandkoming van de Nationale visie en strategie te komen.

Ik blijf de Kamer informeren als er op onderdelen van het gezondheidsinformatiestelsel belangrijke ontwikkelingen zijn of keuzes moeten worden gemaakt en dit leidt tot aanpassing van bestaand of nieuw beleid. De tot nu toe ontwikkelde en uitgewerkte plannen (met name in plateau 1; IZA-afspraken) worden gefinancierd uit de genoemde aanvullende post. Dat zijn middelen die inmiddels grotendeels beschikbaar zijn op de VWS-begroting. De geschetste transitie zal in beginsel binnen de bestaande financiële kaders worden vormgegeven. Mocht dit – na nadere uitwerking – toch niet mogelijk blijken dan zullen de plannen daarvoor inclusief financiële dekking aan uw Kamer worden voorgelegd.

### Stand van zaken Coalitieakkoordmiddelen[22]

De coalitieakkoordmiddelen ten behoeve van standaardisatie van gegevensuitwisseling in de zorg, beschikbaar gesteld in het coalitieakkoord 2021–2025 en onder dit Kabinet voortgezet, zijn bedoeld om «de basis op orde» te brengen in het gezondheidsinformatiestelsel (GIS) en staan gereserveerd op de aanvullende post bij het Ministerie van Financiën.

---

[21] Coalitieakkoord *«Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst»*, 10-01-2022
[22] Beleidskader CW 3.1

De middelen uit deze aanvullende post worden stapsgewijs overgeheveld naar de begroting van VWS. Dit gebeurt op basis van bestedingsplannen die het Ministerie van Financiën beoordeelt op doelmatigheid en doeltreffendheid. Bij eerdere besluitvormingsmomenten is er ongeveer € 474 miljoen overgeheveld.

Bij de augustusbesluitvorming in 2024 is een bedrag van € 404 miljoen overgeheveld naar de VWS-begroting. Deze middelen zijn bestemd voor diverse programma's, waaronder Generieke Functies, het Landelijk Dekkend Netwerk, de European Health Data Space (EHDS), Persoonlijke Gezondheidsomgevingen (PGO), de BES-eilanden, en het leveren van strategie en advies door Nictiz.

| **Augustusbesluitvorming In € mln.** | **2025** | **2026** | **2027** | **2028** | **Totaal** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Basis | 96 | 141 | 0 | 0 | 237 |
| 2a. Randvoorwaarden gegevensuitwisseling | 8 | 15 | 7 | 9 | 39 |
| 2b. Regievoering | 12 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| 3. PGO | 39 | 37 | 29 | 0 | 105 |
| 4. Implementatie gegevensuitwisseling | 7 | 3 | 1 | 0 | 11 |
| **Totaal** | **162** | **196** | **37** | **9** | **404** |

*Toegekende middelen augustusbesluitvorming*

Tot op heden zijn nog niet alle middelen overgeheveld. Dit gebeurt in onderling overleg tussen het Ministerie van Financiën en VWS, waarbij middelen pas worden vrijgemaakt wanneer de beleidsactiviteiten voldoende zijn uitgewerkt en onderbouwd. Het volledige bedrag op de aanvullende post blijft noodzakelijk om de hieraan gekoppelde structurele besparing van € 340 miljoen te realiseren.

## Tot slot

De roep om het nemen van regie door VWS bij het bepalen van samenhang, prioriteiten en actiehouders vanuit het zorgveld is onverminderd sterk. Ik pak en neem deze regie ten aanzien van het maken van keuzes, het vormen van beleid én het (mede) realiseren en helpen implementeren. Hierbij heb ik het zorgveld zelf en de actieve steun van uw Kamer hard nodig. Want er is veel te doen en alleen samen komen we tot een toekomstbestendig gezondheidsinformatiestelsel dat werkt voor zorgverleners én burgers. Deze strategie vormt daarbij de basis.

Over de voortgang van het gezondheidsinformatiestelsel als geheel blijf ik u – zoals ook al toegezegd in brief over de Nationale visie en strategie van april 2023 – periodiek informeren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M-F. Agema