

Q&A – UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS (27/09/2011)

Inhoud:

- 1) Het belang voor de patiënt van goede gegevensuitwisseling tussen zorgverleners
- 2) Waar komen we vandaan en waar gaan we naartoe?
Verder met het uitwisselen van patiëntgegevens
- 3) De gegevens in het LSP? Er komt geen landelijke database met alle medische gegevens
- 4) Toekomst van het LSP en rolverdeling
- 5) De overgangsfase naar het nieuwe systeem

Q&A – UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS (27/09/2011)

1. HET BELANG VOOR DE PATIËNT VAN GOEDE GEGEVENSUITWISSELING TUSSEN ZORGVERLENERS

a) Is elektronische gegevensuitwisseling eigenlijk hetzelfde als het Elektronische Patiëntendossier?

Nee. Uitwisseling van gegevens is het tussen zorgverleners beschikbaar stellen van relevante gegevens voor de behandeling van een patiënt, op het moment dat de behandeling dat nodig maakt. Een elektronisch patiëntendossier is de historische verzameling van gegevens behorend bij één patiënt die door een zorgverlener wordt onderhouden.

b) Waarom is elektronische gegevensuitwisseling belangrijk?

Patiënten worden behandeld door meerdere artsen, ontvangen farmaceutische zorg van diverse apotheken en komen in de avond- nacht en weekenduren bij huisartsenposten en dienstapotheken. Hierdoor kunnen de gegevens van de patiënt op verschillende plekken bijgehouden worden. Verantwoorde, goede zorg kunnen zorgverleners alleen bieden als ze de relevante, actuele medische gegevens in samenhang kunnen bezien. Om te zorgen dat zorgverleners bij de behandeling van de patiënt de relevante benodigde gegevens hebben (een 'volledig dossier' van de patiënt op dat specifieke moment) is uitwisseling noodzakelijk. Elektronische uitwisseling zorgt er voor dat deze uitwisseling snel, veilig en gestandaardiseerd kan verlopen.

c) Hoe lang en hoe worden medische gegevens al elektronisch uitgewisseld?

In de eerstelijnszorg, o.a. huisartsen en apothekers, worden al circa 10-15 jaar gegevens elektronisch uitgewisseld, vooral in het kader van de waarneming tijdens de dienst en altijd regionaal. Bijvoorbeeld de uitwisseling van medicatiegegevens tussen apothekers en de uitwisseling van waarneemgegevens tussen huisarts en huisartsenpost.

d) Is het in de praktijk anno 2011 haalbaar om gegevens *niet* elektronische uit te wisselen; is er een alternatief?

Het enige alternatief is dat alle informatie over de behandeling van een patiënt op één plaats wordt bijgehouden, en bijvoorbeeld door de patiënt naar alle zorgverleners die hij bezoekt wordt meegenomen en aldaar wordt aangevuld. Dit is slechts een theoretische oplossing die in de praktijk niet werkt. Uitwisseling op papier is geen optie vanuit het oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid, veiligheid en kosten van de zorg.

e) Zijn zorgaanbieders verplicht om patiëntgegevens met elkaar uit te wisselen, of hoeft dat niet?

Zorgverleners zijn wettelijk verplicht een dossier bij te houden over hun patiënten. Ook hebben de zorgkoepels op initiatief van het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gezamenlijk de richtlijn 'Overdracht van Medicatiegegevens' opgesteld die 1 januari 2011 van kracht is geworden. De IGZ controleert op de naleving van deze richtlijn. Zorgverleners hebben de plicht verantwoorde zorg te verlenen en volledige, relevante, actuele informatie over de patiënt hoort daarbij. Een voldoende overzicht van de patiënt krijgen zorgverleners veelal alleen door gegevens bij andere zorgverleners op te vragen.

Q&A – UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS (27/09/2011)

2. WAAR KOMEN WE VANDAAN EN WAAR GAAN WE NAARTOE?

Verder met het uitwisselen van patiëntgegevens.

a) Komt er alsnog een Landelijk Elektronisch Patiëntendossier (EPD)?

Nee. Het Landelijk Elektronisch Patiëntendossier is van de baan.

Omdat er behoefte is aan de uitwisseling van medische gegevens tussen beroepsbeoefenaren, is er wel behoefte aan een technische infrastructuur (*elektronische snelweg*) - op basis van landelijke standaarden, veiligheidseisen en privacy wetgeving – voor een *regionale* elektronische uitwisseling van patiëntgegevens die *op dat moment* voor de behandeling en de zorgverlener relevant en noodzakelijk zijn.

b) Is het eigenlijk niet zo dat het EPD in een nieuw jasje, met een nieuwe naam, toch komt (wat de zorgaanbieders betreft)?

Nee. Het wetsvoorstel van de minister dat door de Eerste Kamer is verworpen, betrof een virtueel elektronisch patiëntendossier middels *landelijke* uitwisseling van gegevens via een *landelijk* schakelpunt, waar patiënten bezwaar tegen konden maken. Zorgverlener A in Zeeland zou zodoende Inzicht kunnen krijgen in patiënten van zorgverlener B in Groningen. Wat nu aan de orde is, betreft een uitwisseling van gegevens. Daarvoor kan een technische infrastructuur worden gebruikt, waarover het berichtenverkeer plaatsvindt. Er wordt geen virtueel dossier gevormd.

c) Zit het EPD in een slaapstand waaruit het binnen afzienbare tijd kan worden ontwaakt?

Nee. Het EPD zoals dat door de Eerste Kamer is verworpen zal er niet komen. De techniek van het EPD kan volgens de zorgkoepels gebruikt worden om, binnen de kaders die wet- en regelgeving hiertoe bieden en rekening houdend met de wensen van de Eerste Kamer en de Tweede Kamer, op een veilige en betrouwbare wijze patiëntgegevens uit te wisselen.

d) Klopt het dat de beroepsverenigingen altijd tegen het EPD zijn geweest, en zo ja, waarom?

Nee, dat klopt niet. De beroepsverenigingen hebben de uitgangspunten en doelstellingen van de landelijke elektronische uitwisseling altijd gesteund, maar zij zijn frequent kritisch geweest over de uitvoer en uitwerking van het landelijke systeem en de wetgeving.

e) Is het LSP hetzelfde als het EPD?

Nee. Het Landelijk Schakelpunt is de *verwijsindex* die in het plan van de minister (dat door de Eerste Kamer is verworpen) er voor moest zorgen dat het (virtueel) *elektronisch patiëntendossier* uit de systemen van alle zorgverleners (waar de informatie over de patiënt is vastgelegd) kon worden samengesteld.

f) Wat zijn de verschillen tussen het LSP en het EPD?

Het *EPD* was een verzameling van patiëntgegevens, samengesteld uit de over de patiënt beschikbare informatie zoals die in de systemen van de zorgverleners is vastgelegd. Het LSP is een vorm van techniek waarmee informatie wordt getraceerd en opgehaald, maar niet wordt opgeslagen.

Q&A – UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS (27/09/2011)

3. DE GEGEVENS IN HET LSP?

Er komt geen landelijke database met alle medische gegevens

a) Worden er ergens patiëntgegevens centraal opgeslagen?

Nee. Patiëntgegevens worden vastgelegd in het dossier dat de zorgverlener zelf bijhoudt om de patiënt veilige en verantwoorde zorg te kunnen leveren. Dit aanleggen van een dossier is een plicht die volgt uit de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Iedere zorgverlener legt dus een dossier aan van zijn patiënt en de behandeling die hij uitvoert. Er worden geen patiëntgegevens op andere plekken vastgelegd. Er worden bijvoorbeeld gegevens uitgewisseld, op aanvraag, met betrekking tot het overdrachtdossier of het medicatiedossier.

b) Stel dat een zorgverlener bij een patiënt om de hoek is gevestigd, maar geen behandelrelatie heeft. Deze zorgverlener maakt bovendien ook gebruik van het LSP om relevante patiëntgegevens beschikbaar te stellen, te ontvangen en op te vragen. Kan die zorgverlener dan de gegevens van de betreffende patiënt inzien?

Een zorgverlener mag alleen patiëntgegevens opvragen als er een *actuele* zorgvraag is voor een patiënt waarmee hij op dat moment een behandelrelatie heeft. In de huidige inrichting van het LSP wordt vooraf gecontroleerd of er een behandelrelatie bestaat en wordt het gelogd als een zorgverlener via het LSP gegevens opvraagt. Technisch kan een zorgverlener wel gegevens van patiënten waarmee (nog) geen behandelrelatie bestaat opvragen. Op basis van de intelligente logging kan eventueel misbruik onmiddellijk worden geconstateerd.

c) Welke gegevens kunnen er via het LSP worden uitgewisseld, en welke niet?

Op dit moment is de uitwisseling van informatie over in de openbare apotheek verstrekte medicatie mogelijk, tussen apothekers, huisartsenposten en ziekenhuisapothekers. Daarnaast is er uitwisseling van waarneemgegevens tussen huisartsen en huisartsenposten mogelijk. Meer niet. Voor andere gegevens zijn inmiddels wel standaarden (digitale spreektaal) gedefinieerd en berichten ontwikkeld, maar deze zijn nog niet in de informatiesystemen van de zorgverleners beschikbaar. In de toekomst kan het systeem ook gebruikt worden voor de uitwisseling van andere medische gegevens, binnen de geldende juridische kaders en alleen tussen zorgverleners waarmee de patiënt een behandelrelatie heeft.

d) Wat is het verschil tussen regionaal ontwikkelde netwerken voor gegevensuitwisseling die nu al door huisartsen, huisartsenposten en apothekers worden gebruikt en het LSP?

De bestaande huidige regionale netwerken werken naast elkaar en verschillen sterk tussen de regio's. Het oude idee was om deze te vervangen door een landelijke Elektronisch Patiëntendossier. Dat gaat nu niet door. De infrastructuur die oorspronkelijk was ontwikkeld voor het Landelijk EPD, de technische structuur van het LSP, kan wel gebruikt worden om een landelijke veilige en doelmatige standaard te ontwikkelen die de bestaande regionale systemen wellicht op den duur kan vervangen. In de meeste gevallen wordt voor regionale uitwisseling gebruik gemaakt van OZIS. Dat wordt in 2012 afgebouwd, waardoor ook de noodzaak ontstaat tot vervanging van dat systeem.

Q&A – UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS (27/09/2011)

e) Vervangt het LSP de lokale netwerken?

Op korte termijn is dat nog niet aan de orde.

f) Wordt het LSP een nationaal netwerk?

Ja. Het kan in het gehele land ingezet worden. Maar gebruik kan zich tot een regionale inzet beperken. Door het nationale karakter is het echter wel doelmatiger, veiliger en efficiënter. Bovendien spreken zorgverleners in het hele land af dezelfde digitale taal te spreken via het LSP. Dat voorkomt eventuele misverstanden.

Q&A – UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS (27/09/2011)

4. TOEKOMST LANDELIJK SCHAKELPUNT (LSP) EN ROLVERDELING

a) Gaan de beroepsgroepen het LSP adopteren; worden zij eigenaar van het LSP?

Nee. De beroepsgroepen hebben onderzocht op welke manier het mogelijk is de landelijke standaarden, infrastructuur en veiligheidseisen te hergebruiken voor een regionale uitwisseling tussen zorgverleners die recht doet aan de wensen van de 1^e en 2^e Kamer m.b.t. patiëntenrechten en privacy. De beroepsgroepen zijn gebruiker, geen eigenaar. Zij zijn daarom niet verantwoordelijk voor de ontwikkeling en het beheer.

b) Wat gebeurt er als er geen partij te vinden is die het LSP wil overnemen?

Dat is aan het ministerie van VWS/NICTIZ. De beroepsgroepen blijven voorstander van een regionaal georiënteerde en georganiseerde uitwisseling o.b.v. landelijke standaarden en veiligheidseisen. De beroepsgroepen zijn van mening dat het aan de zorg is om inhoudelijke eisen te stellen aan de uitwisseling van gegevens. De bestaande landelijke infrastructuur is een technisch middel om dat te realiseren en organiseren.

c) Als het LSP wordt ontmanteld en ophoudt te bestaan, wat zijn dan de gevolgen?

De patiëntveiligheid komt in het geding, omdat er geen mogelijkheid is om veilig en gestandaardiseerd gegevens uit te wisselen met andere zorgverleners en de voor een behandeling benodigde informatie dus niet per se volledig is. Het LSP blijft daarbij overigens slechts een technisch middel om het doel van de beroepsgroepen - gestandaardiseerde, veilige, regionale gegevensuitwisseling - te realiseren.

d) Als er grote investeringen in de ontwikkelingen moeten worden gedaan, brengen de beroepsgroepen dan daarvoor de gelden op?

Nee.

e) Waarom willen de beroepsgroepen onder geen beding verantwoordelijk zijn voor de infrastructuur? Zij zijn toch de gebruikers?

De schoenmaker moet bij zijn leest blijven. Een arts moet ook in de praktijk blijven en een apotheker in de apotheek. We gebruiken ook programma's van bijvoorbeeld Microsoft en Apple, maar hebben niet de verantwoordelijkheid voor de producten van deze bedrijven.

f) In hoeverre heeft de overheid nog een rol met betrekking tot de infrastructuur voor gegevensuitwisseling?

De taak van de overheid, het ministerie van VWS, is driedig:

1. kaders stellen, middels wet- en regelgeving;
2. standaardiseren;
3. toezicht houden.

Daarnaast moet de overheid de voorwaarden scheppen voor veilige en doelmatige zorg. Het beschikbaar zijn van een uitwisselingsinfrastructuur is daarvoor een belangrijke voorwaarde.

Q&A – UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS (27/09/2011)

g) In hoeverre hebben de zorgverzekeraars een rol met betrekking tot de infrastructuur voor gegevensuitwisseling?

Zorgverzekeraars onderschrijven nut en noodzaak van elektronische uitwisseling voor de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de zorg. Zij hebben zich bereid getoond de financiering van de infrastructuur voor uitwisseling op zich te nemen.

h) Worden de zorgverzekeraars aangesloten op het LSP?

Nee. Elektronische uitwisseling is bedoeld als ondersteuning bij de behandeling van patiënten door zorgverleners. Zorgverzekeraars zijn geen behandelaren en hebben dus geen toegang tot de landelijke infrastructuur. Dat is nu zo en dat blijft gegarandeerd in de toekomst ook zo.

i) Zijn de zorgaanbieders het eens met de rol van de zorgverzekeraars zoals hierboven geformuleerd?

Ja.

j) Wat is de rol van de beroepsgroepen bij het LSP?

De beroepsgroepen zijn afnemer en klant van het systeem. De beroepsgroepen onderschrijven het belang van elektronische gegevensuitwisseling bij de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van zorg. De beroepsgroepen zijn van mening dat het zorgveld samen met patiëntenorganisaties en gebruikersverenigingen definieert welke informatie tussen wie uitgewisseld moet kunnen worden om verantwoorde zorg te kunnen bieden. De overheid stelt hierbij de kaders van wet- en regelgeving, bijvoorbeeld op het gebied van beveiliging, patiëntenrechten en privacy, en is verantwoordelijk voor standaardisatie van de uitwisseling. De techniek waarmee de uitwisseling plaatsvindt komt tot stand door afstemming tussen zorgveld, patiëntenorganisaties enerzijds (vraag) en leveranciers anderzijds (aanbod). Daarnaast hebben de beroepsgroepen de rol om de financieringsafspraken te maken met zorgverzekeraars.

k) Als de overheid, de zorgverzekeraars, de wetgever of anderen nieuwe eisen gaan stellen aan het LSP, kunnen zij daar dan de beroepsorganisaties op aanspreken?

De taak van de overheid ten aanzien van elektronische uitwisseling in de zorg is driedelig: kaders stellen middels wet- en regelgeving, standaardiseren, toezicht houden. Bij wijzigingen op een van deze drie onderdelen zullen partijen die bij ontwikkeling, specificatie, beheer, onderhoud of gebruik van de uitwisseling betrokken zijn waar nodig aanpassingen moeten doorvoeren.

l) Is het LSP even veilig als of veiliger dan de andere netwerken die al bestaan?

De eisen voor beveiliging die aan de informatiesystemen van zorgverleners en aan de infrastructuur voor de uitwisseling worden gesteld zijn zeer hoog. De reeds bestaande netwerken zijn ontstaan in een tijd waarin maatschappelijk de wens en technologisch de mogelijkheden voor beveiliging minder groot waren.

Q&A – UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS (27/09/2011)

m) Is niet-elektronische uitwisseling van gegevens veiliger dan wel elektronisch uitwisselen?

Nee. De kans op menselijke fouten bij de overdracht van informatie op papier, via fax of met de telefoon is aanzienlijk hoger dan elektronisch.

n) Kan de overheid bij de gegevens die over de infrastructuur worden uitgewisseld?

Nee.

o) Kunnen de zorgverzekeraars bij de gegevens die over de infrastructuur worden uitgewisseld?

Nee.

p) Als een patiënt het niet vertrouwt, kan hij dan verlangen dat zijn gegevens niet elektronisch worden uitgewisseld?

Een patiënt kan vooraf toestemming geven voor de uitwisseling van zijn gegevens. Een patiënt heeft op ieder moment het recht om geen toestemming te verlenen. Het is de taak van de zorgverleners om hun patiënten te overtuigen dat elektronische gegevensuitwisseling belangrijk is voor de kwaliteit van de zorg die de patiënt ontvangt en de risico's die er bestaan bij een onvolledig dossier. De zorgverlener moet de patiënt het vertrouwen kunnen bieden dat elektronische uitwisseling met de hoogst mogelijke zorgvuldigheid wordt uitgevoerd en dat misbruik streng wordt bestraft, straf- en tuchtrechtelijk. Uiteraard moet de zorgverlener de keuze en wens van de patiënt respecteren en inwilligen.

q) Moeten patiënten nu eerst toestemming geven voor uitwisseling van gegevens?

Overall waar dat noodzakelijk is, wordt de patiënt toestemming gevraagd om zorginformatie uit te kunnen wisselen. Dat geldt vooral bij het uitwisselen van gegevens buiten de eigen regio en bij het aanmelden van nieuwe patiënten. (zie 3)

r) Hoe gaan zorgverleners die toestemming vragen?

Momenteel wordt onderzocht hoe zorgverleners patiënten op uniforme wijze toestemming kunnen vragen en kunnen voorlichten over het hoe en waarom. Er zijn ook zorgverleners die hun patiënten al in een eerder stadium toestemming hebben gevraagd.

s) Wordt nu ook het eerder ingestelde moratorium op het aanmelden van nieuwe patiënten op de infrastructuur opgeheven?

Het moratorium kan op individueel niveau voor de zorgaanbieders, waarvan de systemen geschikt zijn gemaakt om de toestemming van de patiënt te registreren, opgeheven worden. Voordat dit mogelijk wordt gemaakt, zal nader overleg met de minister van VWS plaatsvinden.

t) Als een patiënt per se niet wil dat zijn gegevens elektronisch worden uitgewisseld, hoe vindt die uitwisseling dan tussen de zorgverleners plaats?

Niet. De patiënt zal zelf zorgverleners op de hoogte moeten stellen van gegevens uit zijn dossier. Uitwisseling op papier, via fax of met de telefoon is onveilig, onbetrouwbaar en niet doelmatig.

Q&A – UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS (27/09/2011)

- u) Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) heeft bepaald dat er expliciete toestemming vooraf van de patiënt moet zijn voor het gebruik van lokale netwerken voor gegevensuitwisseling ('opt in'). Hoe kijken de beroepsgroepen tegen deze eis aan?**

De beroepsgroepen zijn van mening dat de randvoorwaarden zoals die door de Eerste Kamer zijn vastgesteld ten aanzien van de privacy volledig gerespecteerd dienen te worden. Dit op zo'n manier dat deze uitvoerbaar is en de patiënt dient. De wettelijke kaders vereisen dat zorgverleners gebruik maken van een veilige en betrouwbare zorginfrastructuur waarbij de rechten van de patiënt fundamenteel zijn geborgd. Daarom zetten de beroepsgroepen om te beginnen in op een model dat vooral regionaal wordt ingezet, gebruik maakt van de beschikbare verwijzindex, en past in de zienswijze van het CBP. In 2012 zal deze infrastructuur gezamenlijk met gebruikersverenigingen en leveranciers verder worden ontwikkeld.

- v) Zijn de privacy en veiligheid voldoende geborgd?**

Er worden eigentijdse, hoge eisen gesteld aan de beveiliging van de landelijke infrastructuur. Om het veiligheidsniveau te handhaven en waar mogelijk op te voeren, zijn externe security experts betrokken bij de beveiliging van de infrastructuur en worden er externe audits en indringertesten uitgevoerd. Er wordt gewerkt met een besloten en beveiligd netwerk voor de zorg. De communicatie tussen zorgverleners gaat dus niet via internet. Ook aan de systemen van de zorgverleners die op het netwerk zijn aangesloten worden hoge eisen gesteld. Met dit alles is een infrastructuur ontwikkeld die beduidend veiliger is dan de eerder ontwikkelde netwerken, die ontstonden in een tijd waarin de maatschappelijke wens en de technologische mogelijkheden voor beveiliging minder groot waren.

- w) In hoeverre wordt rekening gehouden met de belangen van de patiënt en in hoeverre zijn vertegenwoordigers van de patiënt betrokken bij deze nieuwe plannen?**

Noodzakelijke informatie-uitwisseling tussen zorgverleners vindt plaats binnen de maatschappelijke kaders, waarin belangen en rechten van de patiënt zo goed mogelijk worden gediend. De betrokken partijen die zich bezighouden met de infrastructuur voor informatie-uitwisseling in de zorg staan open voor een dialoog met patiëntvertegenwoordigers, informeren hen tijdig over belangrijke ontwikkelingen.

Q&A – UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS (27/09/2011)

5. DE OVERGANGSFASE NAAR HET NIEUWE SYSTEEM

a) **Waarom is er een overgangsfase nodig tussen nu en medio 2012?**

Vijf koepels (KNMP, LHV, NHG, VHN en de NVZA) hebben het initiatief genomen voor het behoud van deze infrastructuur omdat anders de patiëntveiligheid in het geding komt. Immers, de bestaande infrastructuur (OZIS) is aan het einde van de levenscyclus en zal in 2012 afgebouwd worden. Wij zien op voorhand geen alternatieven, die integraal de richtlijn medicatieoverdracht en de overdracht van waarneemgegevens ondersteunen.

b) **Wat gaat er gebeuren in de overgangsfase?**

Voorlopig verandert er weinig. De wettelijke kaders vereisen ons gebruik te maken van een veilige en betrouwbare zorg-infrastructuur waarbij de rechten van de patiënt fundamenteel zijn geborgd.

Daarom zetten we in op een model dat vooral regionaal wordt ingezet, gebruik maakt van de beschikbare verwijsindex, en past in de zienswijze van het CBP. In 2012 zal deze infrastructuur gezamenlijk met gebruikersverenigingen en leveranciers verder worden ontwikkeld ten behoeve van de praktijkvoering.

c) **Wat gebeurt er met de gegevens van patiënten die nog geen toestemming hebben gegeven en dus met de gegevens in de verwijsindex?**

Patiëntgegevens blijven altijd bij de bron: in het systeem van de eigen zorgverlener. De gegevens worden uitsluitend geraadpleegd wanneer dat noodzakelijk is voor goede zorg. De betrokken partijen zijn het er over eens dat om zorginformatie uit te kunnen wisselen, uiteindelijk in alle gevallen toestemming aan de patiënt moet worden gevraagd. Het legen van de verwijsindex zou de continuïteit van zorg in gevaar brengen en daarmee de patiëntveiligheid. Zorgverleners doen een beroep op politiek en maatschappij om in te zien dat deze werkwijze noodzakelijk is om goede zorg voor de patiënt te kunnen behouden.

d) **Wie gaat de rekening betalen?**

Om per 1 januari 2012 te kunnen continueren, is het noodzakelijk dat aangesloten zorgaanbieders bereid zijn om zelf financieel bij te dragen. De koepels hebben afspraken gemaakt over de hoogte van de bijdrage. Deze verschilt per type zorgaanbieder en is daarnaast voor huisartsenposten afhankelijk van het aantal patiënten. Zorgverzekeraars Nederland heeft te kennen gegeven dat zorgverzekeraars hiervoor in 2012 ten behoeve van de aangesloten huisartsen, apothekers en huisartsenposten een vergoeding zullen verstrekken in aanvulling op de in 2012 te hanteren tarieven.

e) **Wie is er gedurende de overgangsfase verantwoordelijk voor de infrastructuur van het systeem en de privacywaarborgen?**

De infrastructuur voor elektronische gegevensuitwisseling kan alleen worden gecontinueerd als de wettelijke verantwoordelijkheden met betrekking tot het uitwisselen van medische

Q&A – UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS (27/09/2011)

informatie adequaat zijn geregeld. Hiervoor zal een organisatie worden vormgegeven die vanaf 1 januari 2012 als verantwoordelijke en als aanspreekpunt voor patiënten kan optreden. Nictiz zal de infrastructuur, het beheer en de doorontwikkeling, overdragen aan een nieuw op te richten, neutrale en niet op winst gerichte organisatie. Deze organisatie moet in de komende periode gestalte krijgen in overleg met de koepels (KNMP, LHV, NHG, VHN en NVZA), gebruikersverenigingen, ICT-leveranciers en patiëntorganisaties. Om een goede overdracht mogelijk te maken en om de continuïteit van de bestaande gegevensuitwisseling te borgen is het bestuur van Nictiz gevraagd en bereid gevonden om tot de start van deze nieuwe neutrale organisatie de informatie-uitwisseling in stand te houden. Het jaar 2012 geldt dan ook nadrukkelijk als overgangperiode waarbij op verzoek van de koepels de huidige overeenkomst onder tijdelijke voorwaarden wordt verlengd.

f) Wat zijn de ontbindende voorwaarden?

Er zijn twee ontbindende voorwaarden die er toe kunnen leiden dat voortzetting van de dienstverlening aan de zorgverleners toch wordt beëindigd per 1 januari 2012, ook als zij hebben aangegeven de overeenkomst te willen voortzetten.

1. Indien de voor het voortzetten van de dienstverlening noodzakelijke financiering niet wordt verkregen omdat er onvoldoende zorgaanbieders zich akkoord hebben verklaard met de voortzetting;
2. Als er geen organisatie namens de zorgaanbieders kan optreden als verantwoordelijke in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens.