



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De heer G. van 't Noordende
System and Network Engineering (SNE) groep
Faculteit der Natuurwetenschappen, Wiskunde en Informatica (FNWI)
Universiteit van Amsterdam
Science Park 107
1098 XG AMSTERDAM

Datum 30 MRT 2010

Betreft Uw brief inzake de beveiliging van het Landelijk EPD

Geachte heer Van 't Noordende,

Met interesse heb ik kennisgenomen van uw brief aangaande de informatiebeveiliging van het landelijk EPD van 25 februari jl., de bijgevoegde samenvatting van constatering en aanbevelingen en uw artikel 'A Security Analysis of the Dutch Electronic Patient Record System'.

Hieronder zal ik ingaan op de door u gedane constatering ten aanzien van de architectuur en protocollen zoals die zijn beschreven in de AORTA-architectuurdocumentatie. Ik hecht er waarde aan om daarbij een aantal aspecten ten aanzien van de *operationele invoering* van het landelijk Elektronisch Patiëntendossier (EPD) toe te lichten aangezien deze geen onderdeel hebben uitgemaakt van uw onderzoek.

Alvorens in te gaan op de door u gedane constatering wil ik u er op wijzen dat de AORTA-architectuur tot stand is gekomen met optimale informatiebeveiliging als uitgangspunt. Hierbij is rekening gehouden met de praktijksituaties in de gezondheidszorg. Dit betekent dat gekozen oplossingen kunnen verschillen van het theoretische maximum aan informatiebeveiliging. Waar noodzakelijk zijn resulterende risico's met aanvullende procedurele en technische maatregelen afgedekt. De praktijkimplementatie is en wordt periodiek getest (zie bijlage 1 - Grootschalige Ketenbrede Indringerstesten) en getoetst (zie bijlage 2 - Toetsingen van praktijkimplementaties).

Alle door u beschreven risico's zijn onderwerp van nadrukkelijke en zorgvuldige afweging in de ontwerpfase geweest. Dat een andere keuze is gemaakt dan waar uw voorkeur naar zou uitgaan, komt veelal vanwege een andere beoordeling van de kans op en de gevolgen van de risicosituatie gegeven de getroffen aanvullende maatregelen.

1 Noodzaak end-to-end authenticatie

In uw brief geeft u aan dat de op het LSP aangesloten GBZ systemen op dit moment geen mogelijkheid hebben om onafhankelijk van het LSP te verifiëren of een inkomend verzoek om patiëntgegevens op te vragen daadwerkelijk afkomstig is van een zorgverlener en dat op dit moment de noodzakelijke end-to-end authenticatie ontbreekt.

Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.minvws.nl

Inlichtingen bij

T 070 340

Ons kenmerk
MEVA/ICT-2996404

Bijlagen
4

Uw brief

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*



Voor het LSP gelden strenge beveiligingseisen voor ontwikkeling, implementatie en beheer die jaarlijks door onafhankelijke derden worden getoetst door middel van audits en indringerstesten. 'End-to-end' berichtenauthenticatie zoals door u voorgesteld kan bijdragen aan de veiligheid wanneer het LSP door een GBZ niet meer als een te vertrouwen connectiepunt gezien kan worden (bijvoorbeeld omdat een indringer in staat is malafide software in het LSP te installeren). Een dergelijk risico is echter ondervangen met een groot aantal technische en procedurele maatregelen.

Op basis van de in bijlage 1 en 2 beschreven testen en toetsingen is er tot op heden geen aanleiding geweest om voor implementatie van end-to-end authenticatie te kiezen. Daarnaast zou de doorvoering van uw aanbevelingen leiden tot een significante toename van de complexiteit van de implementatie GBZ'en met mogelijke nieuwe implementatie-, beheer- en beveiligingsrisico's als gevolg.

2 Huidige wijze van mandatering

Ten aanzien van uw kritiek op het mandateringsmodel het volgende.

Mandatering is noodzakelijk om de zogenaamde 'verlengde arm constructie' adequaat te kunnen ondersteunen. Deze constructie (zie artikel 38 Wet BIG) komt vaak voor in de medische praktijk en houdt in dat BIG-geregistreerden (aan wie bepaalde handelingen voorbehouden zijn) aan niet-BIG geregistreerden (bijvoorbeeld doktersassistenten) opdracht kunnen geven om onder diens verlengde verantwoordelijkheid handelingen te verrichten. Uitgangspunt in de wetgeving is dat het de beroepsbeoefenaar is die toegang heeft tot het landelijk EPD, onder beroepsbeoefenaar vallen BIG-geregistreerden.

Het door u aangedragen risico met betrekking tot mandatering vergt een situatie waarin een indringer met de benodigde technische systeem-, programmeer- en HL7-kennis de mogelijkheid heeft om de systeemfunctionaliteit zodanig te manipuleren dat de mandateringstabel wordt omzeild. Daarnaast dient de indringer voor het insturen van berichten de beschikking te hebben over een geldige UZI-pas (die niet is ingetrokken door de eigenaar) met de juiste autorisaties voor het uitvragen van de gewenste gegevens en de bijbehorende PIN-code.

In het licht van een zorgvuldige afweging tussen het potentiële risico van misbruik van mandatering en werkbaarheid van procedures in de praktijk, is gekozen voor decentrale registratie van mandateringsrelaties. Hierbij is uitgegaan van een goede balans tussen een adequaat beveiligingsniveau en een werkbare praktijksituatie. Een methodiek van centrale registratie vergt daarentegen nieuwe registratieprocessen binnen zorginstellingen voor het aanmelden, wijzigen en afmelden van mandateringsrelaties bij het LSP.

Daarnaast worden dergelijke risico's gemonitord via praktijktoetsingen (zie bijlage 2 - Toetsingen van praktijkimplementaties) en de hiervoor reeds genoemde indringerstesten in de GKI (zie bijlage 1 -Grootschalige Ketenbrede Indringerstesten).

Een ander door u aangevoerd punt van kritiek ten aanzien van het mandateringsmodel betreft het feit dat medewerkers op dit moment de volledige rechten van de mandaterende zorgverlener krijgen. U pleit er dan ook voor om interacties die een nieuwe behandelrelatie impliceren, maar ook de registratie van (nieuwe) gegevens in het LSP voor te behouden aan zorgverleners. Dit acht u van belang onder meer gezien de (volgens u) slechte controleerbaarheid van mandateringen en aansprakelijkheidskwesties.

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

Ons kenmerk
MEVA/ICT-2996404



Binnen het huidige mandateringsmodel zijn alle mandateringen echter te controleren. Allereerst worden UZI-passen via een UZI-abonnee verstrekt en worden deze ofwel op naam verstrekt van de betreffende zorgverlener (een BIG-geregistreerde) of op naam van een medewerker van de UZI-abonnee. UZI-passen kunnen ook niet op naam maar op functie worden uitgegeven onder vermelding van de naam van de UZI-abonnee. In het laatste geval is de UZI-abonnee op wiens naam deze passen worden verstrekt direct verantwoordelijk voor de medewerkers die van deze passen gebruik maken. Met de UZI-pas niet op naam is toegang tot het EPD niet mogelijk. Met medewerkers aan wie UZI-passen op naam worden verstrekt dient de UZI-abonnee (schriftelijke) afspraken te maken over het gebruik van de pas. Daarnaast wordt het *gebruik* van mandateringen centraal gelogd en geanalyseerd. De mandaterende zorgverlener is verantwoordelijk voor het inrichten en het inzichtelijk maken voor inspectie van de mandateringstabel. Daarmee is deze zorgverlener tevens aansprakelijk voor de handelingen van zijn medewerkers via gemandateerde berichten. Bij de GBZ-schouwingen die periodiek worden uitgevoerd door Nictiz (zie bijlage 2 - Toetsingen van praktijkimplementaties) wordt expliciet vastgesteld dat de procedure mandaatbeheer is vastgelegd. In de procedure dient in ieder geval het beheer van bevoegdheden op het GBZ en het beheer van de UZI-pas te zijn vastgelegd. Tijdens de XIS-kwalificaties wordt expliciet getoetst of de GBZ applicatie voldoet aan de eisen om mandatering correct uit te kunnen voeren.

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

Ons kenmerk
MEVA/ICT-2996404

3 Opslag van loggegevens in het LSP

Ten behoeve van het toezicht op het gebruik van het landelijk EPD door de IGZ en het CBP wordt het gebruik gelogd. Om het toezicht zo effectief en efficiënt mogelijk te laten verlopen worden loggegevens op basis van gedefinieerde use cases automatisch geanalyseerd en kunnen onregelmatigheden worden gedetecteerd. De loggegevens worden alleen bewaard om na het signaleren van onregelmatigheden te kunnen reconstrueren welke gegevens zijn aangemeld of opgevraagd. Uw constatering dat op verzoek van een zorgconsument verwijzingsgegevens in het LSP wel worden verwijderd, maar (historische) loggegevens niet, geldt alleen voor zorgconsumenten waarvan indexgegevens aanwezig waren in het LSP die later via een totaalbezwaar zijn verwijderd. Hierbij heeft een afweging plaatsgevonden tussen de verwijdering van loggegevens via totaal bezwaar enerzijds en de noodzaak van (historische) loggegevens voor het kunnen reconstrueren van onrechtmatig gebruik (aanmelding/opslag) anderzijds. Wanneer hiertoe aanleiding bestaat zal deze afweging opnieuw plaatsvinden.

4 Tekortkoming DigiD met SMS authenticatie

Ten aanzien van uw suggesties voor berichtautorisatie door zorgconsumenten op basis van een PKI-authenticatiemiddel, zoals de elektronische Nationale Identiteitskaart (eNIK), verwijs ik u naar de bijgevoegde brief zoals deze op 12 december 2008 naar de Tweede Kamer is verzonden (Bijlage 3 – MEVA/ICT-2899251). Omdat de eNIK niet binnen de realisatietermijnen voor het landelijk EPD beschikbaar komt, is gekozen voor EPD-DigiD (gebruikmakend van DigiD op basis van SMS-authenticatie en een face-to-face uitgifteproces) als authenticatiemiddel voor zorgconsumenten.



De realisatie daarvan wordt gebaseerd op het adviesrapport¹ waarnaar u in uw brief en artikel refereert.

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

5 Informed consent

U geeft aan een aantal verbeterpunten te zien ten aanzien van het huidige informed consent model. Zo pleit u er voor om zorgconsumenten de mogelijkheid te bieden om aan te geven dat hen eerst om toestemming moet worden gevraagd alvorens (nieuwe) gegevens in het EPD mogen worden aangemeld.

Er is voor het huidige informed consent model gekozen om te borgen dat binnen een afzienbare tijd medische gegevens van een groot deel van de zorgconsumenten in Nederland kunnen worden uitgewisseld tussen zorgverleners. Dit is noodzakelijk om de doelstellingen en daarmee de boogde toegevoegde waarde van het landelijk EPD te kunnen realiseren. Om te zorgen dat de informatie wel beschikbaar kan worden gesteld, geldt een systeem van opt-out voor het aanmelden van de gegevens waarbij gegevens worden aangemeld tenzij zorgconsumenten bezwaar hebben gemaakt tegen de uitwisseling van gegevens via het landelijk EPD. De indexgegevens van zorgconsumenten die bezwaar hebben gemaakt worden dan uit de verwijzindex binnen het LSP verwijderd. Voordat een zorgaanbieder gegevens kan raadplegen is toestemming van de patiënt nodig (opt-in). Op deze wijze wordt toestemming gevraagd voordat gegevens worden geraadpleegd. De mogelijkheid om bezwaar te kunnen maken is een extra faciliteit die wordt geboden om de zorgconsument de mogelijkheid te geven geen gegevens beschikbaar te stellen via het landelijk EPD.

Eind 2008 zijn zorgconsumenten via een voorlichtingscampagne op de hoogte gebracht van de wijze waarop gegevensuitwisseling via het landelijk EPD plaatsvindt en hoe het gehanteerde informed consent model werkt. Daarnaast krijgt iedere zorgconsument een notificatiebrief wanneer de eerste indexgegevens in het LSP worden aangemeld door een zorgverlener. Daarbij wordt tevens op de mogelijkheid van het maken van bezwaar gewezen.

Zorgconsumenten hebben nu al de mogelijkheid om via een aanvraagformulier inzage te vragen in welke gegevens worden uitgewisseld via het landelijk EPD en welke zorgverleners deze gegevens hebben opgevraagd.

Met het Klantenloket en Toegang Patiënt krijgen zorgconsumenten via het internet de mogelijkheid om loggegevens in te zien, de eigen medische gegevens te raadplegen en bezwaar voor de uitwisseling van medische gegevens via het landelijk EPD in te dienen. Hiermee nemen de mogelijkheden voor inzage en controle door zorgconsumenten ten aanzien van de eigen medische gegevens toe ten opzichte van de huidige elektronische en papieren medische dossiers.

¹ Beveiligingseisen ten aanzien van identificatie en authenticatie voor toegang zorgconsument tot het Elektronisch Patiëntendossier (EPD), PricewaterhouseCoopers Advisory, het Institute for Computing and Information Sciences van de Radboud Universiteit Nijmegen en het Tilburg Institute for Law, Technology and Society van de Universiteit van Tilburg, 2 december 2008.

Ons kenmerk
MEVA/ICT-2996404



Tot slot wil ik u erop wijzen dat aan de hand van een managementcyclus (zie bijlage 2 - Toetsingen van praktijkimplementaties), bedreigingen ten aanzien van de informatiebeveiliging voor het landelijk EPD op een continu basis worden geïnventariseerd, geanalyseerd en geadresseerd.

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

Ons kenmerk
MEVA/ICT-2996404

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur-Generaal Landurige Zorg,

drs. M.J. Boereboom

Bijlagen:

Bijlage 1 - Grootschalige Ketenbrede Indringerstesten

Bijlage 2 - Toetsingen van praktijkimplementaties

Bijlage 3 – MEVA/ICT-2899251

Bijlage 4 – MEVA/ICT-2984098

Kopie verzonden aan: Gert-Jan van Boven, directeur Nictiz



Bijlage 1 - Grootschalige Ketenbrede Indringerstesten

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

Bij de wetsbehandeling 'Wijziging van de Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg' (EPD-wet) in de Tweede Kamer is aangegeven dat voorafgaand aan het verplicht aansluiten van GBZ'en op het LSP, het landelijk EPD aan een Grootschalige Ketenbrede Indringerstest (GKI) zal worden onderworpen. Het doel van de GKI is de veilige en betrouwbare gegevensuitwisseling binnen de AORTA-infrastructuur aan te tonen.

Ons kenmerk
MEVA/ICT-2996404

De GKI bestaat uit de volgende set van indringerstesten:

- 1 Indringerstest SBV-Z.
- 2 Indringerstest UZI-Register.
- 3 Indringerstest LSP.
- 4 Representatieve steekproeven GBZ.
- 5 EPD-keten Indringerstesten op de Schakelconnecties (EIS).

Voor het Klantenloket en Toegang Patiënt worden indringerstesten meegenomen in de ontwikkeling die gereed zijn bij het beschikbaar komen van deze faciliteiten. Eventuele bevindingen voortkomend uit de genoemde indringerstesten worden geanalyseerd waarna op basis van een risico-inschatting eventuele additionele procedurele en/of technische maatregelen worden geïmplementeerd. Voor de meest recente status van de GKI verwijs ik u naar de bijgevoegde voortgangsrapportage zoals deze op 8 februari 2010 naar de Tweede Kamer is verzonden (Bijlage 4 – MEVA/ICT-2984098).

Gezien de directe relevantie met uw onderzoek licht ik kort de uitvoering van EIS als onderdeel van de GKI toe. EIS betreft een technische test waarbij negatief getoetst wordt of de connecties en connectiepunten tussen GBZ'en en ZSP's voldoen aan de eisen zoals deze zijn beschreven in het PvE GBZ en het PvE ZSP.

Hierbij zal gekeken worden naar:

- Netwerkbeveiliging van de IP-adressen en netwerkpoorten.
- Applicatieve beveiliging voor achter netwerkpoorten luisterende (web)services.
- Berichtenbeveiliging voor uitvragen, ontvangen, lezen en verwerken van HL7-berichten.

Een aantal door u geschetste risico's ten aanzien van aanvallen van netwerken en informatiesystemen en de manipulatie van berichten door hackers worden meegenomen bij de uitvoering van EIS.



Bijlage 2 - Toetsingen van praktijkimplementaties

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

**Ons kenmerk
MEVA/ICT-2996404**

Een zorginstelling die voornemens is aan te sluiten op het landelijk EPD dient in eerste instantie te beschikken over een implementatie van een gekwalificeerde XIS-applicatie. Door middel van een XIS-typekwalificatie wordt door Nictiz getoetst of een softwareproduct van een leverancier voldoet aan de applicatie-eisen zoals deze zijn beschreven in het Programma van Eisen voor een Goed Beheerd Zorgsysteem (PvE GBZ).

De implementatie en het beheer van het XIS-applicatie wordt geborgd via de implementatie- en exploitatie-eisen beschreven in het PvE GBZ. Controle op de naleving van deze eisen door zorgverleners geschied op basis van GBZ-schouwingen die periodiek worden uitgevoerd in opdracht van Nictiz.

Een GBZ moet gebruik maken van een gekwalificeerde Zorg Service Provider (ZSP), die de netwerkdiensten levert, voor de aansluiting op het Landelijk Schakelpunt (LSP). In opdracht van Nictiz worden ZSPs gekwalificeerd aan de hand het Programma van Eisen voor een Zorg Service Provider (PvE ZSP).

Een zorginstelling kan alleen aansluiten op het landelijk EPD met een gekwalificeerde XIS-applicatie, een gekwalificeerde ZSP en een ondertekende eigenverklaring over de naleving van de geldende beveiligingseisen. Daarnaast dienen zorginstellingen via het besluit onderliggend aan de huidige Wet op het gebruik van het Burgerservicenummer in de zorg te voldoen aan de NEN 7510 norm voor informatiebeveiliging in de zorg. Toezicht hierop vindt plaats door de toezichthouders Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) en het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Een voorbeeld hiervan is het in oktober 2008 door IGZ en CBP gepubliceerde onderzoek over de status van informatiebeveiliging in 20 Nederlandse ziekenhuizen.

De bij het landelijk EPD betrokken beheerorganisaties borgen een adequaat informatiebeveiligingsniveau met een managementcyclus bestaande uit het:

- Plannen van informatiebeveiligingsmaatregelen (uitvoeren periodieke risicoanalyses en opstellen en onderhouden van een informatiebeveiligingsbeleid).
- Implementeren van informatiebeveiligingsmaatregelen (op basis van het informatiebeveiligingsbeleid en standaarden zoals VIR, NEN 7510, ISO 27001/27002 en ITIL).
- Controleren van een correcte implementatie van de voorgenomen maatregelen (door middel van eenmalige en periodieke interne en externe audits en toetsingen).
- Bijsturen op basis van de bevindingen uit de periodieke audits en toetsingen.



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.minvws.nl

Inlichtingen bij

Ons kenmerk
MEVA/ICT-2899251

Bijlagen
1

Uw brief

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 12 DEC 2008
Betreft Elektronisch patiëntendossier

Vooruitlopend op de behandeling van de wijziging van de Wet gebruik burger-servicenummer in de zorg, in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg, informeer ik u over een tweetal onderwerpen. Op de eerste plaats heb ik u tijdens het Algemeen Overleg op 11 september toegezegd om voor de wets-behandeling te komen met de stand van zaken met betrekking tot de identificatie en inzage door de patiënt in zijn gegevens (27 529, nr. 41). Op de tweede plaats heb ik u tijdens het spoed Algemeen Overleg op 6 november en tijdens het VAO op 19 november toegezegd uitleg te geven over de compensatieregeling voor de gemaakte kosten bij het maken van bezwaar voor kinderen.

Toegang patiënt tot het EPD

In Nederland hebben mensen volgens de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) het recht op inzage in de eigen medische gegevens. De inzage door de zorgconsument in de eigen medische gegevens vindt nu alleen decentraal plaats via de individuele zorgaanbieder. Met de komst van het landelijke EPD ontstaat nu ook de mogelijkheid voor de zorgconsument om via de elektronische weg toegang te krijgen tot het EPD-deel van de medische gegevens. Om deze elektronische toegang voor de patiënt op een veilige en gebruiksvriendelijke manier mogelijk te maken wordt momenteel een aantal activiteiten ondernomen. Deze zijn hieronder beschreven.

- **Onderzoek naar identificatie en authenticatie van de zorgconsument.** Eén van de onderdelen rondom het realiseren van de toegang voor de zorgconsument waaraan met prioriteit invulling moet worden gegeven betreft de identificatie en authenticatie van de zorgconsument. In eerdere stadia werd uitgegaan van de komst van de elektronische Nederlandse identiteitskaart (eNIK) als identificatie- en authenticatiemiddel voor de zorgconsument. Uit gesprekken met het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties is duidelijk geworden dat de eNIK de komende jaren niet gereed zal zijn. Gelet op de prioriteit om de zorgconsument toegang te geven tot een deel van diens medische gegevens, is besloten om alternatieve toegangsmiddelen in kaart te brengen. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) heeft in deze aangegeven dat er rekening moet worden gehouden met een aantal aspecten, waaronder de risico's die de verwerking en de aard van de te beschermen gegevens met zich meebrengen. In ieder geval dient bij een alternatief authenticatiemiddel een zorgvuldig uitgifteproces te worden gegarandeerd om identiteitsfraude en onrechtmatige toegang tot het EPD te voorkomen. Geadviseerd wordt om in ieder geval een face-to-face controle in te bouwen. Daarnaast heeft het CBP aangege-



ven dat het gebruik van een zogenaamde 'two-factor authentication', zoals bij DigiD met sms-verificatie en face-to-face controle, voor de hand ligt. Op advies van het CBP heb ik een onafhankelijk onderzoek laten uitvoeren naar beschikbare alternatieven. De opdracht hiervoor heb ik verleend aan PriceWater-house Coopers, in samenwerking met de Universiteit van Tilburg en de Radboud Universiteit (€ 55.216,-). Uit dit onderzoek komen twee mogelijke authenticatiemiddelen naar voren, gelet op een inventarisatie van technische en juridische eisen. Het rapport is als bijlage bij deze brief toegevoegd.

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

Ons kenmerk
MeVa/ict-2899251

Het eerste betreft het gebruik van DigiD, met sms-verificatie, en een additionele face-to-face controle. Dit laatste houdt in dat de zorgconsument zich persoonlijk moet melden bij een controle instantie alwaar een balie-medewerker de identiteit van de betreffende persoon kan vaststellen. Het rapport geeft vervolgens inzicht in methodes om ook nog het opgegeven mobiele nummer te kunnen verifiëren. Het tweede authenticatiemiddel is het gebruik van Remote Travel Document Authentication (RTDA). Dit is eveneens gebaseerd op DigiD, aangevuld met een authenticatie door middel van een reisdocument. Alle reisdocumenten afgegeven na 26 augustus 2006 bevatten namelijk een chip.

De in het rapport geschetste variant voor DigiD, met sms en face-to-face controle heeft de voorkeur. Het is immers het minst ingrijpend en omslachtig voor de gebruiker. Veel inwoners in Nederland zijn al gewend om te werken met DigiD, zoals bij het invullen van de belastingen. RTDA is ingrijpender omdat zorgconsumenten (thuis) een kaartlezer nodig zullen hebben. Hierbij is het niet ondenkbaar dat er distributie- en installatieproblemen optreden. Zeker gezien het feit dat de achterliggende infrastructuur ontworpen is voor gebruik door officiële instanties als de politie en marechaussee. Omdat de geldigheidsduur van reisdocumenten 5 jaar bedraagt, zal het bovendien nog tot 2011 duren voordat alle huidige reisdocumenten zijn vervangen door een reisdocument met chip.

Het rapport geeft ook inzicht in het inrichten van het uitgifteproces bij een controle instantie. Hierbij zijn twee varianten uitgewerkt: het gemeentehuis en de apotheker. Het ligt het meest voor de hand om dit proces in te richten bij gemeentehuizen. Het personeel bij gemeenten heeft namelijk aanzienlijk meer ervaring in het authenticeren van identiteitsbewijzen dan personeel werkzaam in de zorg. Bovendien is het verstandig om dit proces op generiek niveau te beleggen, wanneer naast het EPD andere gebruikers zich melden voor een dergelijk authenticatiemiddel. We zijn dan ook momenteel in gesprek hierover met het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

- Stappenplan toegang voor de zorgconsument.

In samenwerking met Nictiz wordt momenteel gewerkt aan de uitvoering van een stappenplan om te komen tot toegang voor de zorgconsument tot het EPD. Hierbij wordt rekening gehouden met de wensen van de eindgebruiker, de zorgconsument, en die van de zorgverlener. Binnen de scope van dit plan behoren de volgende stappen te worden genomen:

- Het ontwerpen van de infrastructuur voor toegang van de zorgconsument, inclusief een impactanalyse op het landelijk schakelpunt.
- Het ontwerpen van het noodzakelijke identificatie en authenticatie service, inclusief de interfaces met DigiD, inclusief sms, en de face-to-face controle.
- Het ontwerpen van een webtoepassing voor toegang van de zorgconsument. Met betrekking tot de functionaliteit moet onderscheid worden



gemaakt tussen twee prioriteiten. Het eerste betreft toegang tot het autorisatieprofiel (totaal bezwaar, uitsluiten zorgverleners op naam en op beroepsgroep) en de tweede prioriteit is de inzage in logginggegevens, de verwijzindex, de medicatiegegevens en de waarneemgegevens van de huisarts.

- Het bouwen en testen op het gebied van acceptatie en integratie van alle reeds ontworpen componenten (infrastructuur, identificatie en authenticatie service en de webtoepassing).
- Het uitvoeren van pilots. De eerste zal in januari 2009 van start gaan in de regio Twente.
- Hierna kan worden overgegaan op de daadwerkelijke implementatie en in gebruik name door zorgconsumenten. Dit zal eind 2009 gereed zijn.

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

Ons kenmerk
Meva/ict-2899251

Compensatieregeling

Ik heb u toegezegd in te gaan op de wijze waarop de kosten worden vergoed voor de uittreksels geboorteregister en GBA die zijn ingediend bij het maken van bezwaar voor kinderen jonger dan zestien jaar.

Na de verwerking van het bezwaar ontvangt de indiener ervan een brief waarin wordt gewezen op de mogelijkheid tot vergoeding. Wanneer de indiener voor vergoeding in aanmerking wil komen, wordt men verzocht een eenvoudig antwoordformulier waarop het bank- of gironummer, naam en woonplaats in te vullen. Dit formulier kan men terugsturen met een bijgevoegde antwoord-enveloppe. Zo snel mogelijk na ontvangst zal de uitbetaling van de vergoeding plaatsvinden. Per ingediend origineel uittreksel van het geboorteregister of GBA zal een vergoeding van € 15,- worden verstrekt.

Zoals ik in antwoord op Kamervragen van de heer Zijlstra heb aangegeven (MEVA-K-U-2892563) is de bezwaarprocedure voor kinderen inmiddels vereenvoudigd. Als alternatief voor het uittreksel uit het geboorteregister is een kopie van de pagina in het paspoort waarop de bijschrijving van het kind (of de kinderen) staat met een kopie van de houderpagina (de pagina met de foto van de ouder) toegestaan.

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink





> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.minvws.nl

Inlichtingen bij

Datum ~ 8 FEB 2010

Betreft Voortgangsrapportage elektronisch patiëntendossier

Ons kenmerk
MEVA/ICT-2984098

Bijlagen
2

Uw brief

Geachte voorzitter,

Met deze brief informeer ik u over de voortgang van de invoering van het landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD). Deze brief en de bijlagen geven informatie over het vierde kwartaal van 2009.

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Voordat ik meer in detail inga op de voortgang van de invoering van het EPD wil ik u allereerst informeren over de stand van zaken ten aanzien van de zogenaamde uitgangspuntennotitie. Vervolgens zal ik ingaan op technische aspecten rondom het EPD (waaronder informatiebeveiliging) en tot slot zal kort worden ingegaan op de voortgang van het wetgevingstraject.

1. Uitgangspuntennotitie

Op 28 oktober 2009 is (in navolging van de motie van mevrouw Vermeij en de heer Omtzigt, TK 2008-2009, 31 466 nr 41) een akkoord bereikt over een uitgangspuntennotitie, opgesteld door het ministerie van VWS en de koepelorganisaties KNMG, LHV, KNMP, NHG, VHN, KNGF, V&VN, NMT en Orde. De notitie beschrijft uitgangspunten voor het gebruik van de landelijke infrastructuur (LSP) en de ontwikkeling van regionale gegevensuitwisseling. De uitgangspuntennotitie is een belangrijke stap bij de invoering van het landelijk EPD. Deze uitgangspuntennotitie heb ik u op 27 november 2009 aangeboden (MEVA/ICT-2973937). Met diverse koepels worden op dit moment de actiepunten uit de uitgangspuntennotitie ter hand genomen.

Zoals ik u in dezelfde brief reeds heb gemeld, is van de ICT-leveranciers en Nictiz eind november 2009 een intentieverklaring ontvangen om in 2010 uitrol van het EPD bij betrokken zorgaanbieders te bewerkstelligen. In navolging daarop meld ik u dat ook de zorgregio's hebben aangegeven de krachten te bundelen ten behoeve van invoering van het EPD in 2010. Bijna de helft van de zorgregio's heeft dit voornemen bekrachtigd met een gezamenlijke brief. De zorgregio's zullen de zorgverleners in hun regio stimuleren om zich aan te sluiten op de landelijke EPD-infrastructuur.

Ik verwacht dat één en ander een positieve invloed zal hebben op het tempo waarop zorgaanbieders worden aangesloten.



Verlenging subsidieregeling

Om zorgaanbieders tegemoet te komen in de kosten die zij moeten maken om zich voor te bereiden op de daadwerkelijke aansluiting op het LSP is de Subsidieregeling LSP ingesteld.

Aanvraag van subsidie was mogelijk tot en met 31 december 2009. Op verzoek van diverse regio's, ICT-leveranciers en beroepsorganisaties is de subsidieregeling verlengd. De verlenging van de subsidieregeling houdt in dat aansluiting op het LSP uiterlijk 31 december 2010 moet plaatsvinden. De betreffende zorgaanbieders hebben tot 1 juli 2010 de mogelijkheid om subsidie aan te vragen.

Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid

Ons kenmerk
MEVA/ICT-2984098

2. Invoering EPD

Verdwijnen implementatieorganisatie/verantwoordelijkheid Nictiz

Sinds begin 2006 heeft vanuit een tijdelijke implementatieorganisatie van VWS de voorbereiding en regie plaatsgevonden van de implementatie van het BSN in de Zorg en het landelijk EPD. Dit op uitdrukkelijk verzoek van de Tweede Kamer om de regie op de ontwikkeling van het EPD zelf ter hand te nemen, zoals destijds is verwoord in de motie van het lid Koşer Kaya c.s. (TK 2005-2006, 30 3000 XVI nr. 56). In de afgelopen jaren is door de implementatieorganisatie de totstandkoming van de *proof of concepts* en de pilots EMD en WDH begeleid in de koploperregio's. Ook zijn de benodigde ondersteunende en communicatiemiddelen ontwikkeld en zijn relaties opgebouwd en onderhouden met belangrijke partijen in het veld (leveranciers, zorgaanbieders, bestuurders van (koploper)regio's etc.). Tevens is de stand van zaken met betrekking tot de invoering van het EPD in de verschillende regio's in Nederland in kaart gebracht en gemonitord.

Aangezien de koploperprojecten zijn afgerond en de randvoorwaarden zijn ingevuld voor aansluiting van de zorgaanbieders buiten de koploperregio's is de tijdelijke implementatieorganisatie binnen VWS per 1 januari 2010 opgeheven en zijn de implementatietaken overgedragen aan Nictiz. Aan Nictiz is gevraagd om vanaf die datum de coördinatie van het aansluitproces en de contacten en communicatie met de zorgaanbieders, de regio's en de ICT-leveranciers te continueren.

In de eerder genoemde *uitgangspuntennotitie* is afgesproken dat verdere regie zal worden gevoerd door een regiegroep die het Ministerie van VWS instelt en waarin de in de *uitgangspuntennotitie* genoemde beroepsorganisaties en NVZ en de NPCF zullen plaatsnemen.

Voortgang invoering landelijk EPD

In totaal zijn op 31 januari 2010 **574** aanbieders aangesloten op het landelijk EPD. Het gaat om 397 apotheken, 14 huisartsendienstenstructuren, 153 huisartspraktijken en 10 ziekenhuizen.

Op 9 juli 2009 is het LSP opengesteld voor nieuwe aansluitingen. Op 31 december 2009, aan het eind van het vierde kwartaal, waren 490 zorgaanbieders aangesloten op het LSP. Het totaal aantal opvraagbare dossiers dat op dat moment via het landelijk EPD kon worden geraadpleegd, was 1.344.146.



Onderstaande tabel geeft een cumulatief overzicht van de voortgang van de invoering van het landelijk EPD tot en met het vierde kwartaal van 2009.

Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid

Ons kenmerk
MEVA/ICT-2984098

		Tweede kwartaal 2009	Derde kwartaal 2009	Vierde kwartaal 2009
Landelijk Schakelpunt	aansluitingen	90	333	490
	opvraagbare dossiers ¹	324.742	635.526	1.344.146
	EPD raadplegingen	403.024	495.395	670.213
UZI register	abonnees	11.182	13.940	17.060
	UZI-passen	17.316	29.143	36.404
	Servercertificaten	3.073	4.412	5.516
SBV-Z	aansluitingen	5.500	8.186	9.866
	BSN raadplegingen	8.963.274	18.385.416	29.183.224

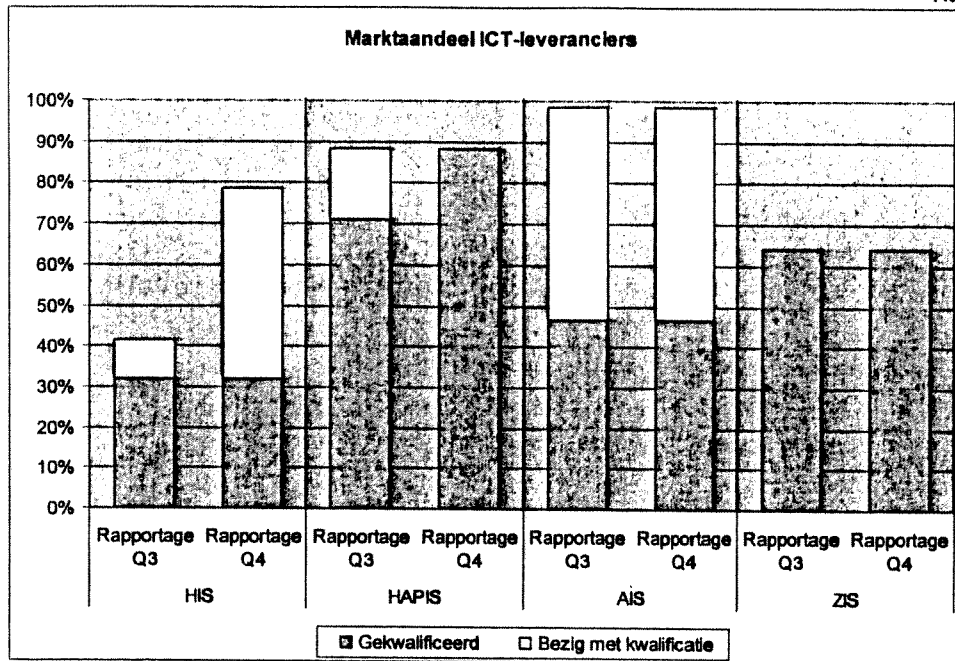
¹Het aantal in de tabel is gewijzigd ten opzichte van de vorige rapportage als gevolg van een definitiewijziging.

Het aantal EPD-raadplegingen is in de afgelopen rapportageperiode toegenomen. Dit is te verklaren door een toename in het aantal aansluitingen. De stijging van het aantal EPD-raadplegingen is nog niet evenredig aan het aantal aansluitingen aangezien de nieuwe aansluitingen verspreid zijn over het land. De verwachting is dat bij een toename van het aantal aansluitingen het aantal EPD-raadplegingen verder zal toenemen. Hierdoor wordt de waarde voor het landelijk EPD groter voor de patiënt en de zorgverlener.

De kwalificatie van de ICT-leveranciers is belangrijk voor de aansluiting van zorgaanbieders op het LSP. ICT-leveranciers moeten voldoen aan de eisen die Nictiz stelt voor kwalificatie. Ten opzichte van de vorige voortgangsrapportage is de volgende stijging gerealiseerd:

- Een ICT-leverancier, met 33% marktaandeel onder de huisartsen is gestart met de kwalificatie voor het Huisarts informatie systeem (HIS).
- Een ICT-leverancier, met 17% marktaandeel onder de huisartsenposten heeft XIS-typeherkwalificatie behaald.

Onderstaande grafiek laat het marktaandeel zien van ICT-leveranciers die gekwalificeerd zijn en ICT-leveranciers die bezig zijn met kwalificatie (per 31 januari 2010).



- HIS = Huisarts informatie systeem
HAPIS = Huisartsenpost informatie systeem
AIS = Apotheek informatie systeem
ZIS = Ziekenhuis informatie systeem

Unieke Zorgverlenersidentificatie (UZI)

Er waren op 31 december 2009 in totaal 17.060 abonnees bij het UZI-register. 100% van de ziekenhuizen is UZI-abonnee. Van de huisartspraktijken is 53% UZI-abonnee. Van de apotheken is 84% UZI-abonnee. Van de huisartsdiensten-structuren is 62% UZI-abonnee. Het aantal uitgegeven UZI-passen is gestegen tot 36.404.

In de vorige voortgangsrapportage is gemeld dat het UZI-register alle achterstanden volledig heeft weggewerkt en dat de normtijden voor de afwikkeling van de diverse diensten en producten nog niet op alle punten werden gehaald. In de afgelopen rapportageperiode zijn de gemiddelde doorlooptijden voor de meeste diensten en producten verder afgenomen. De normtijd voor de registratie van abonnee organisatie is – hoewel verbeterd in het vierde kwartaal - nog niet gehaald. De aandacht blijft gericht op snelle en goede dienstverlening aan het zorgveld.



In onderstaand overzicht zijn de gemiddelde doorlooptijden weergegeven.

Diensten UZI-register	Gemiddelde doorlooptijd derde kwartaal '09	Gemiddelde doorlooptijd vierde kwartaal '09	Normtijd
Abonnee organisatie	17,8 dagen	15,7 dagen	14 dagen
Abonnee zorgverlener	9,3 dagen	9,9 dagen	14 dagen
Passen	16,9 dagen	13,1 dagen	19 dagen
Servercertificaten	12,3 dagen	8 dagen	8 dagen

Macro Economische
Vraagstukken en
beidsvoorwaardenbeleid

15 kenmerk
EVA/ICT-2984098

In de vorige voortgangsrapportage is melding gemaakt van de overgang naar een moderne UZI-pas. Vanaf 30 november 2009 wordt elke UZI-pas gemaakt met de nieuwe generatie chip. De al uitgegeven UZI-passen blijven gewoon bruikbaar en veilig. Wel worden deze passen versneld vervangen. In plaats van na drie jaar, zullen de bestaande passen na twee jaar worden vervangen. Omdat voorrang is gegeven aan het uitgeven van de UZI-passen met een nieuwe generatie chip is de uitgifte van UZI-reservepassen in de planning naar achteren geschoven. Nu de nieuwe generatie chip wordt gebruikt op de UZI-pas zal ook het uitgifteproces voor de reservepassen met deze nieuwe chip worden ingericht bij het UZI-register. Na een zorgvuldig testtraject zullen in het derde kwartaal van 2010 de eerste reservepassen beschikbaar kunnen worden gesteld. Bij het ontwerp van het uitgifteproces zal nadrukkelijk aandacht worden geschonken aan het beheer en gebruik van de reservepas door de zorgaanbieder.

Sectorale Berichtenvoorziening in de zorg (SBV-Z)

Voor verkrijging en verificatie van het Burgerservicenummer van een patiënt geeft de Sectorale Berichtenvoorziening in de zorg, de SBV-Z, toegang tot de relevante gegevens in de Gemeentelijke Basisadministratie. Het aantal aansluitingen van zorgaanbieders op de SBV-Z is gestegen tot 9.866. Het aantal raadplegingen bij de SBV-Z is het afgelopen kwartaal sterk toegenomen, tot ruim 29 miljoen.

Grootschalige indringerstest

Zoals beschreven in bijlage 2 van de voortgangsrapportage elektronisch patiëntendossier van 20 juli 2009, is de grootschalige ketenbrede indringerstest (GKI) opgebouwd uit vijf afzonderlijke onderdelen. Hieronder is de stand van zaken per onderdeel beschreven.

Indringerstest SBV-Z

In het eerste kwartaal van 2010 voert SBV-Z een indringerstest uit als onderdeel van de testen voor de aankomende systeemrelease.

Indringerstest UZI-register

In december 2009 is de jaarlijkse certificeringsaudit bij het UZI-register succesvol afgerond. Hierbij is door een geaccrediteerde externe auditor bekeken of de organisatie en de bedrijfsprocessen voldoen aan de eisen in de Europese standaard ETSI 101 456, het Programma van Eisen van PKI-overheid en of de informatiesystemen voldoen aan de beveiligingseisen in de CWA 14167-1 norm.



Indringerstest LSP

In de vorige voortgangsrapportage is gerapporteerd over de in juli 2009 uitgevoerde LSP-indringerstest. Deze test wordt jaarlijks herhaald.

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

Representatieve steekproeven GBZ

Nictiz voert steekproefsgewijs Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ)-schouwingen uit bij zorgverleners die zijn aangesloten op het LSP om te verifiëren dat voldaan wordt aan het Programma van Eisen GBZ. In het derde kwartaal van 2009 zijn de eerste schouwingen voorbereid en ingepland. In de afgelopen maanden is gestart met de uitvoering van de schouwingen. De uitkomsten hiervan komen beschikbaar in het eerste kwartaal van 2010.

**Ons kenmerk
MEVA/ICT-2984098**

Indringerstesten op de schakels van de keten

Door middel van de EPD-keten Indringerstest op de Schakelconnecties (EIS) wordt de informatiebeveiliging van de connecties tussen de GBZ-en, de Application Service Providers (ASPs) en de Zorgserviceproviders (ZSPs) getest door een onafhankelijke externe partij. Hiervoor is een Programma van Eisen (PvE EIS) opgesteld. Ook zijn modelovereenkomsten opgesteld voor de borging van een zorgvuldige uitvoering van EIS. Daarnaast is een informatiesessie gehouden voor de bij EIS betrokken netwerkleveranciers, hostingpartijen en systeemleveranciers. In het eerste kwartaal van 2010 zullen de te testen partijen (GBZ-en, ASPs en ZSPs) aan de hand van een steekproef worden geselecteerd. Met deze partijen zullen overeenkomsten moeten worden gesloten. Na het sluiten van deze overeenkomsten met de onafhankelijke tester en met de partijen die de test ondergaan, kan tot de uitvoering van de testen worden overgegaan.

Toegang patiënt

In Nederland hebben mensen volgens de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) het recht op inzage in de eigen medische gegevens. De inzage door de zorgconsument in de eigen medische gegevens vindt nu alleen decentraal plaats via de individuele zorgaanbieder. Met de komst van het landelijke EPD ontstaat nu ook de mogelijkheid voor de zorgconsument om via elektronische weg toegang te krijgen tot het EPD-deel van de medische gegevens. Om deze elektronische toegang voor de patiënt op een veilige en gebruiksvriendelijke manier mogelijk te maken, wordt momenteel een aantal activiteiten ondernomen. Zo werken CIBG, Nictiz en Logius (voorheen GBO.Overheid) aan de totstandkoming van de elektronische toegang van de patiënt tot zijn eigen medische gegevens in het landelijk EPD. Het betreft hier respectievelijk het ontwikkelen van een patiëntenportaal en klantenloket EPD door het CIBG, het doen van aanpassingen in het LSP door Nictiz en het ontwikkelen van het toegangsmiddel EPD-DigiD door Logius. Burgers kunnen via het patiëntenportaal van het klantenloket EPD digitaal inzage krijgen in hun eigen medische gegevens en bezwaar indienen (of juist intrekken) tegen uitwisseling van hun gegevens via het landelijk EPD. Inmiddels is TNT Post via een Europese aanbestedingsprocedure geselecteerd voor het opzetten van een infrastructuur voor de bij de uitgifte van EPD-DigiD horende face-to-face baliecontrole. Voor deze opzet is gekozen naar aanleiding van een extern onafhankelijk advies van PriceWaterhouse Coopers in samenwerking met de universiteit van Tilburg waarover ik u eerder heb bericht.

Bovengenoemde partijen hebben op een groot aantal onderdelen de ontwerpen voor de aanpassingen aan de diverse ict-systemen afgerond. Voor de onderdelen waarvan de ontwerpen gereed zijn, is gestart met de bouw van de ict-systemen.



Na de bouwperiode dient, zoals ik u eerder heb bericht, een intensief traject van integratietesten en ketentesten plaats te gaan vinden.

Om gevolg te geven aan mijn eerdere berichtgeving rondom de technische complexiteit van dit traject en de waarborgen rondom het hoge niveau van beveiliging voor toegang van de patient kan ik u het volgende melden. Ik ga voorzien in kwaliteitsborgende maatregelen om dit hoge niveau van beveiliging te beoordelen voor bovengenoemde individuele partijen. Daarnaast zal op het niveau van de keten worden voorzien in een onafhankelijke externe beoordeling van alle beveiligingsmaatregelen tezamen.

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

**Ons kenmerk
MEVA/ICT-2984098**

Voor een toekomstige, gefaseerde introductie - met pilots op kleine schaal - worden de komende periode afwegingen gemaakt ten aanzien van locatie, fasering en het verantwoord tonen van medische gegevens aan burgers. Een in verband met de realisering van een Klantenloket EPD ingestelde 'Werkgroep Patiëntenportaal EPD' - waaraan vertegenwoordigers van NPCF, NHG, LHV en KNMP deelnemen - geeft het Ministerie van VWS advies over zaken als de gebruikersintraface en het op verantwoorde wijze tonen van de (medische) gegevens.

In verband met het op verantwoorde wijze tonen van medische gegevens aan burgers, heeft het onderzoeksbureau Zenc in opdracht van mij (€ 20.289,50) een verkenning gedaan naar de wijze waarop elektronische patiëntinzage van invloed is op het zorgproces. Het onderzoeksrapport is bijgevoegd.

Zenc heeft reeds bestaande lokale initiatieven op het gebied van elektronische patiëntinzage onderzocht. De onderzoekers hebben zich met name gericht op drie aspecten:

- Effecten op kwaliteit van informatie en dat wat wordt vastgelegd
- Effecten op de arts-patiëntrelatie
- Effecten op efficiëntie van het zorgproces

De bestudeerde Nederlandse ervaringen bevestigen eerder (buitenlands) onderzoek. Het ontsluiten van medische gegevens aan patiënten kan positief uitpakken voor zowel artsen, patiënten als de arts-patiëntrelatie. Voor artsen kan de werkvreugde toenemen doordat zij het portaal als extra service kunnen aanbieden. Daarnaast zijn er kansen voor een verhoogde efficiëntie, bijvoorbeeld doordat patiënten beter voorbereid naar het consult komen. Er zijn geen aanwijzingen voor een hogere werkbelasting van artsen of een verlaagde kwaliteit van informatie in het dossier. Door online inzage kan de patiënttevredenheid stijgen en worden voor patiënten de kansen voor meer zelfzorg en regie vergroot. De aanbevelingen uit het rapport worden meegenomen bij de verdere ontwikkeling van de toegang van de patiënt tot zijn EPD.

3. Techniek

Informatiebeveiliging

De norm voor informatiebeveiliging in de zorg (NEN 7510), is een door partijen uit de zorg afgesproken norm. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op deze zogenaamde veldnorm. De NEN 7511 is de nadere uitwerking van de NEN 7510 voor zorginstellingen. Zoals eerder door mij benadrukt, wordt in het kader van de implementatie van het EPD grote waarde gehecht aan een goede uitvoering van informatiebeveiliging. Ik acht certificering volgens de NEN 7510 en



7511-normen dan ook een goede zaak. Certificering draagt bij aan een verdergaande transparantie van het veiligheidsbewustzijn in de zorg. Zoals ik in de vorige voortgangsrapportage heb aangegeven, zullen alle ziekenhuizen in 2010 een externe, onafhankelijke audit laten uitvoeren op de implementatie van de NEN 7510.

Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid

Ons kenmerk
MEVA/ICT-2984098

Twee huisartsenposten zijn in het vierde kwartaal van 2009 officieel door Lloyd's Register Quality Assurance gecertificeerd voor de informatiebeveiliging van hun organisatie. Het betreft de Centrale Huisartsendienst Nijmegen (CHN) en de Stichting Mobiele Artsen Service Haaglanden (SMASH) in Den Haag. Met de certificering tonen de huisartsenposten aan dat zij de beveiliging van hun beschikbaar gestelde informatie op betrouwbare en systematische wijze hebben geïntegreerd in het management en de uitvoering van hun dagelijkse zorgtaken.

4. Voortgang wetgevingstraject

Status behandeling wetsvoorstel EPD in de Eerste Kamer

Op 9 december 2009 heeft de Eerste Kamer een expermeeting gehouden met betrekking tot het wetsvoorstel Kaderwet elektronische zorginformatieuitwisseling (wetsvoorstel 'EPD'). De Eerste Kamer zal naar aanleiding van hetgeen hierbij is uitgewisseld in april nadere vragen stellen ten aanzien van het voorgeleggen wetsvoorstel.

Het CBP heeft advies gegeven m.b.t. de uitwerking van het amendement inzake het verbod op toegang door zorgverzekeraars tot het EPD in het besluit. Het CBP adviseert de uitzonderingsmogelijkheden op het verbod op toegang tot het EPD voor verzekeraars te schrappen. Ik ben voornemens dit advies over te nemen en een nota van wijziging aan uw Kamer aan te bieden.

Advies Raad van State ten aanzien van het Besluit

Het besluit behorende bij het wetsvoorstel is van advies voorzien door de Raad van State. Ik bestudeer dit advies en zal vervolgens het nader rapport opstellen. Wanneer het advies van de Raad van State is verwerkt zullen we het besluit aan u toezenden.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink