

Vergaderjaar 1997–1998

25 669

Informatievoorziening in de zorg

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 6 oktober 1997

Inleiding

In oktober 1996 ontving ik het advies «Informatietechnologie in de zorg» van de toenmalige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (RVZ). Het RVZ-advies stelt het primaire proces van de hulpverlening (het micro niveau) centraal. Het gebruik van informatietechnologie (IT) is daarbij een hulpmiddel om de zorgactiviteiten efficiënt en kwalitatief goed te laten verlopen. Zorgactiviteiten op microniveau zijn ook de basis voor ondersteunende activiteiten, zoals logistiek, financieel-administratieve afhandeling, management en beleid op micro-, meso- en macroniveau.

Vanwege deze samenhang heb ik medio dit jaar aangekondigd dat ik meer tijd wilde nemen om dit advies te kunnen plaatsen in een bredere context van informatiebeleid. Daarbij gaat het met name om de samenhang tussen informatieuitwisseling in de zorg ten behoeve van het primaire proces en de informatie ten behoeve van management en beleid.

Deze bredere context is in een tweetal ronden met externe deskundigen uit het veld en binnen mijn departement op basis van discussienotities besproken. In dat proces werd duidelijk dat een eenduidige omschrijving van de informatievoorziening in de zorg niet eenvoudig is te formuleren. Daarvoor is de materie te ingewikkeld en zijn de belangen te divers.

Voor een eenduidige beschrijving van de informatievoorziening is meer tijd nodig. Een aantal partijen hebben aangegeven dat zij de discussie over de samenhang graag samen met VWS voort willen zetten. Ik neem die uitnodiging natuurlijk aan.

Ik constateer derhalve dat er nog een zoekproces gaande is om in de zorg te komen tot een goede beschrijving en vaststelling van verantwoordelijkheden, met betrekking tot de samenhang tussen informatie-uitwisseling in de zorg en informatie ten behoeve van management en beleid. Ik beschouw deze brief en nota derhalve als een tussenstap in het

informatiebeleid. De nota zelf beperkt zich tot een reactie op het RVZ-advies

In deze brief ga ik achtereenvolgens in op de inhoud van de reactie op het RVZ-advies, mijn beleidsuitgangspunten, mijn visie omtrent de verantwoordelijkheden ten aanzien van informatievoorziening in de zorgsector en op enkele kanttekeningen en kansen in de informatievoorziening ten behoeve van het zorgbeleid en de beleidsinformatie voor VWS.

Reactie op het RVZ-advies

In bijgevoegde nota «Informatievoorziening in de zorg» geef ik mijn reactie op het advies «Informatietechnologie in de zorg» van de RVZ. Ik ga daarbij met name in op de nadere maatregelen om standaardisatie op het terrein van informatievoorziening in de zorgsector te faciliteren. Tevens geef ik in de nota mijn reactie op de prioriteitenstelling binnen het Programma Informatie- en Communicatietechnologie in de zorg, dat Zorg Onderzoek Nederland op mijn verzoek heeft opgesteld. Dit programma geeft invulling aan de stimulerende rol van de overheid op het terrein van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en is als bijlage bij de nota gevoegd. Tenslotte ga ik in op een aantal voorwaarden die gelden voor de introductie en de toepassing van informatietechnologie in de zorg.

Uitgangspunt van beleid

De doelstellingen van mijn beleid zijn bevordering van preventie, kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van zorg- en welzijnsvoorzieningen binnen (financiële) randvoorwaarden. Het primaire proces, een goede zorg- en dienstverlening, staat daarbij centraal. Daarbij hoort een passende informatievoorziening.

Verantwoordelijkheden

Partijen hebben allen een eigen verantwoordelijkheid voor de informatievoorziening die de eerder genoemde doelstellingen van beleid ondersteunt.

Ik ben van mening dat het primaire proces (het micro-niveau) het startpunt moet zijn voor een goede inrichting van de informatievoorziening. Zorgaanbieders zijn daarvoor primair verantwoordelijk. De informatie die zij opslaan en uitwisselen met patiënten en andere zorgverleners is in eerste instantie vooral bedoeld voor de directe zorgverlening.

Waar mogelijk dient de informatie niet herleidbaar tot een individu en geaggregeerd het streven naar doelmatigheid van zorg te ondersteunen. Deze geaggregeerde informatie is van belang voor het meso-niveau (instellingen en verzekeraars). Zij dient als stuurinformatie (bv bij het afsluiten van zorgcontracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders), als spiegelinformatie voor de doelmatigheid en kwaliteit van de zorgaanbieder zelf en als algemene informatie voor (groepen van) patiënten.

Op macroniveau bestaat bij de rijksoverheid vooral behoefte aan beleidsinformatie. Deze beleidsinformatie wordt voornamelijk verkregen door aggregatie van gegevens die in het kader van het primaire proces worden geregistreerd.

Een passende inrichting van de informatievoorziening voor het micro-niveau leidt echter niet automatisch tot inzichtelijkheid op macroniveau. Soms zijn er belemmeringen in de levering van gegevens en/of in de beschikbaarheid van gegevens. Indien de belemmeringen dusdanig

zijn dat daardoor de overheid onvoldoende is geïnformeerd zijn maatregelen nodig. Deze kunnen bijvoorbeeld de vorm hebben van financiële prikkels of van gerichte toepassing van informatieverplichtingen. Op de in uitvoering zijnde inventarisatie van wetgeving kom ik hieronder nog terug.

Veel van de benodigde informatie op macroniveau ontstaat dus op microniveau in het primaire proces en door uitwisseling van gegevens tussen zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten. De overheid heeft veelal voldoende aan geaggregeerde informatie van verzekeraars en informatie die is verzameld door registrerende instanties zoals het CBS, SIG, NZI, etc.

Veelal hebben partijen gemeenschappelijke belangen bij een goede informatievoorziening. Daar waar dit niet het geval is, is wetgeving vaak de aangewezen weg om de informatievoorziening te reguleren.

De verantwoordelijkheid van de overheid op het macroniveau strekt zich uit tot haar wettelijke taken en de daarvoor benodigde informatie die op wettelijke of vrijwillige basis wordt verkregen. Voor informatie die op basis van vrijwilligheid wordt verkregen dient vaak betaald te worden.

Daarnaast faciliteert de overheid informatievoorziening op microniveau rechtstreeks (bv de ontwikkeling van een EPD) of via randvoorwaarden (bv standaardisatie). Belangrijk daarbij is dat het stellen van randvoorwaarden niet mag leiden tot verstarring. Verbeteringen in de informatievoorziening dienen aan te grijpen op een registratieniveau dat recht doet aan de verschillende informatiebehoeften van betrokken partijen. Kortom, uniformiteit mag niet ten koste gaan van flexibiliteit.

Kansen en kanttekeningen in de informatievoorziening voor het zorgbeleid

Het zorgveld en de overheid zijn volop in beweging. Een eenduidige omschrijving van de gewenste informatievoorziening is, zoals eerder aangegeven, moeilijk te schetsen. Veel initiatieven bieden echter kansen om de informatievoorziening beter te structureren. Ik ben dan ook van plan samen met het veld de discussie, met betrekking tot de samenhang tussen informatievoorziening in de zorg en informatie ten behoeve van management en beleid, voort te zetten en de daarbij behorende verantwoordelijkheden nader uit te werken. Zorgverzekeraars hebben hun medewerking daaraan reeds expliciet aan mij toegezegd. Ook andere partijen zoals zorgaanbieders en patiënten zullen daar belang bij hebben.

Initiatieven uit het veld vragen om aandacht voor versterking van de infrastructuur, zonder dat daarbij het bestuurlijke aspect uit het oog wordt verloren.

Zeer recent heeft mijn departement het «Manifest informatievoorziening in de zorgsector» van de Stichting Medidata bereikt. Daarin pleit deze onafhankelijke stichting voor een forse impuls in de informatieinfrastructuur in de zorg in de komende twee kabinetsperioden.

De zorgverzekeraars hebben het initiatief genomen om een betrouwbare en veilige elektronische snelweg tot stand te brengen. Dit zogenaamde ZorgPas Initiatief is opgezet rond het declaratieverkeer. Niettemin gaan de verzekeraars uit van een multifunctionele chipcard. De initiatiefnemers menen echter dat verantwoordelijkheid voor functies buiten het declaratieverkeer bij het veld van zorgaanbieders en zorgvragers ligt. Gezien de grote toepassingsmogelijkheden en vanuit het oogpunt van privacybescherming ben ik actief bij dit onderwerp betrokken. Op korte termijn zullen vanuit mijn departement de kansen en bedreigingen van een dergelijk project met partijen in het zorgveld

worden besproken. Ik heb aangekondigd dat ik eind van dit jaar een standpunt zal innemen over de eventuele rol voor de overheid bij het ZorgPas Initiatief.

Daarnaast zal ik in overleg met EZ de mogelijkheden onderzoeken of de voorgenomen infrastructuur kan worden benut voor een grotere impuls aan de ontwikkeling van een EPD.

Ook de patiëntenbeweging wordt steeds belangrijker in de structurering van de informatievoorziening. Ook van daaruit (o.a. NPCF, WOCZ, Consumentenbond) zijn initiatieven genomen om de informatievoorziening te ordenen, waarbij gebruik wordt gemaakt van moderne informatie- en communicatietechnologieën. Ik zal de patiëntenbeweging dan ook nadrukkelijk bij discussies omtrent structurering van de informatievoorziening blijven betrekken.

Op veel beleidsterreinen vindt thans versterking van de informatievoorziening plaats. Ik wijs u daarbij bijvoorbeeld op de beleidsbrieven over MTA, drugbeleid, wachtlijsten in de GGZ, curatieve sector en gehandicaptenzorg, indicatiestelling, jeugdzorg, geneesmiddelenvoorziening en orgaandonatie. Transparantie, spiegelinformatie en benchmarking zijn daarbij belangrijke elementen.

Hoewel ik in deze brief slechts over grote lijnen spreek, wil ik specifiek ingaan op de huisartsinformatiesystemen. Ik heb u namelijk tijdens het begrotingsdebat van december 1996 toegezegd daar in de loop van 1997 op terug te zullen komen. De Tweede Kamer heeft gevraagd naar de mogelijke gevolgen van monopolievorming op de markt van de huisartsenautomatisering. Genoemd werd een marktaandeel van één leverancier van 70%. De LHV is mede op grond van de gestelde kamer-vragen de geruchten van invloed van derden op de huisartsinformatiesystemen bij haar leden nagegaan. Van enige bemoeienis is niets gebleken.

Overigens wijzen de eerste voorlopige resultaten van een enquête die het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hield onder huisartsen (respons 58%) op twee grote leveranciers van programma's met marktaandelen van respectievelijk 47% en 35%. Er zijn ook nog twee kleinere leveranciers met marktaandelen van 13% en 6%. Deze cijfers komen in grote lijnen overeen met een recente publicatie in Artsenzaken (Artsenzaken 1, blz 4 – 8, september 1997). Hierin is gebruik gemaakt van gegevens van de LHV. Dit alles leidt tot de conclusie dat er geen sprake is van monopolievorming met een marktaandeel van 70%.

Kansen en kanttekeningen voor de informatievoorziening voor de overheid

De structuur van de beleidsinformatie voor VWS op het zorgterrein wordt, zoals in eerdere nota's informatiebeleid is omschreven, geconcretiseerd in een aantal «staten»: de staat van de volksgezondheid (VTV), de staat van de gezondheidszorg (SGZ), de staat van de gezondheidsbescherming (SGB) en de staat van het zorgstelsel (JOZ).

De tweede Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), «De som der delen», is medio dit jaar verschenen. In het najaar verschijnen nog de daarbij behorende themarapporten. De VTV is onder regie van het RIVM tot stand gekomen en geeft inzicht in de staat van de volksgezondheid en de te verwachte veranderingen daarin. De VTV signaleert dat de informatievoorziening ten behoeve van monitoring door de overheid nog veel kan worden verbeterd, hoewel zij niet slecht afsteekt bij die in het buitenland.

Eind 1997 verschijnt de eerste Staat van de Gezondheidszorg (SGZ). De SGZ dient systematische informatie te leveren over de kwaliteit van de geleverde zorg en de factoren die deze kwaliteit beïnvloeden. De eerste SGZ wordt beschouwd als een proeve en wordt opgesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Ook verschijnt eind 1997 een beperkte eerste proeve van de Staat van de Gezondheidsbescherming (SGB). De SGB wordt onder regie van de Inspectie Gezondheidsbescherming opgesteld door TNO/Preventie en Gezondheidszorg.

Na verschijnen van deze rapporten zal ik een gecombineerde reactie op de VTV, SGZ en SGB geven. De staten worden geëvalueerd en gekeken wordt naar mogelijke versterking van de samenhang en onderlinge afbakening voor de volgende cyclus. Ook zal dan, indachtig een aanbeveling uit het RVZ-advies, bezien worden of, en zo ja hoe, de opstellers van de staten in hun rapportage voortaan aandacht moeten besteden aan IT-ontwikkelingen in de zorg.

Bij een reactie op de staten zal ik ook de samenhang met het Jaar Overzicht Zorg betrekken. Het JOZ bevat bewust in toenemende mate naast financiële ook inhoudelijke informatie. Daarbij wordt tevens gebruik gemaakt van het systeem van brancherapporten over verschillende sectoren.

Daar waar ontwikkelingen in de informatievoorziening in de zorg niet leiden tot benodigde informatie voor de overheid zijn in het algemeen wettelijke maatregelen op zijn plaats.

De nota Financiële Informatievoorziening Zorgsector gaat in op verbetering van de financiële informatie en de daarvoor benodigde acties. In die nota wordt gesteld dat bestaande wetgeving op zich voldoende mogelijkheden biedt voor het verkrijgen van de benodigde financiële informatie, maar dat actualisatie nodig is.

Bij de lopende inventarisatie van in wetgeving opgenomen informatie-paragrafen wordt niet alleen de financiële beleidsinformatie, maar ook de overige beleidsinformatie betrokken. De inventarisatie in technische zin wordt binnenkort afgerond. Bij de beoordeling van de inventarisatie komt ook per onderwerp de benodigde informatie in beeld. Naast de verbetering van de informatievoorziening per onderwerp zal het onderzoek ook leiden tot beantwoording van de vraag of kan worden volstaan met actualisatie van bestaande wetgeving of dat een kaderwet voor de informatievoorziening in de zorgsector nodig is.

In het onderzoek wordt ook de RVZ-aanbeveling betrokken dat de overheid afspraken moet maken dan wel regels moet stellen, zodat structureel benodigde informatie ten behoeve van de «staten» elektronisch en op gestandaardiseerde wijze wordt aangeboden.

De technische inventarisatie wordt in oktober afgerond. Eerst op grond van de resultaten onstaat voldoende inzicht voor een reële planning. Bij de behandeling van het JOZ is deze planning beschikbaar.

Bij de informatievoorziening in de zorg is eveneens de internationale context van belang. Tijdens het Nederlands voorzitterschap is het Communautair Actieprogramma voor Gezondheidsmonitoring aanvaard. Dit programma heeft tot doel bij te dragen aan de totstandkoming van een Europees systeem voor monitoring waarmee de gezondheidstoestand, trends in en determinanten voor de gezondheid binnen de EU kunnen worden gemeten, planning en evaluatie van EU-beleid worden vergemakkelijkt, en de lidstaten de beschikking krijgen over gegevens over gezondheid. Gegevens die onderling vergelijkbaar zijn en waarop nationaal beleid kan worden gebaseerd. Het gaat dan om het identificeren van gezondheidsindicatoren, om onderzoek naar en het ontsluiten van

bestaande gegevensbronnen, en om het vergelijkbaar maken van gegevens uit verschillende lidstaten. VWS zal haar ervaringen met de «staten» inbrengen op deze lange termijnontwikkeling op Europees niveau. Bij de evaluatie van de staten zal ook de internationale vergelijkbaarheid aandacht krijgen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers