



Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Drs. J.F. Hoogervorst
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Plein van de Verenigde Naties 21
2719 EG Zoetermeer
Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 – 368 73 11
Fax 079 – 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Geachte heer Hoogervorst,

In 2002 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg u geadviseerd over elektronische communicatie in de zorgsector in de vorm van het advies E-health in zicht. Een effectieve en efficiënte zorg vereist een adequate communicatie tussen zorgverleners. De Raad stelde in het advies dat dit in geval van elektronische communicatie alleen kan wanneer essentiële aspecten gestandaardiseerd worden. Ondanks de grote inspanningen van vele organisaties in de zorgsector bleek het zeer moeilijk om op vrijwillige basis tot implementatie van uniforme technische standaarden te komen. In bijlage 7 van genoemd advies is dit nader toegelicht. De Raad adviseerde daarom het gebruik van essentiële technische standaarden wettelijk op te leggen.

Datum
17 februari 2005
Uw brief van
-
Uw kenmerk
-
Ons kenmerk
4322.1-06
Doorkiesnummer
079 3 798 324
Onderwerp
Standaardisering Elektronisch
Patiënten Dossier

De ontwikkelingen in de periode na het uitbrengen van het advies geven de Raad aanleiding nogmaals te wijzen op de aan de orde zijnde problematiek teneinde de vereiste beschikbaarheid van voor onderzoek en behandeling noodzakelijke patiëntgegevens te realiseren. Hiermee sluit de Raad aan op de door u op 20 december jl. gezonden brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, waarin u rapporteert over ICT in de zorg en de voortgang van de invoering van het medicatiedossier.

Achtergrond

Het is in het belang van de patiënt dat degenen die bij zijn behandeling betrokken zijn of worden, kunnen beschikken over de gegevens die voor die behandeling relevant zijn. Zoals u bekend, moet echter vastgesteld worden dat momenteel in een aantal gevallen de voor de behandeling benodigde gegevens, bijvoorbeeld voor medicatiebewaking of voor onderlinge waarneming door huisartsen, in het geheel niet, of niet op de plaats beschikbaar zijn waar de zorg wordt verleend. Dit leidt tot fouten, daarmee tot onnodige ziekenhuisopnamen en helaas soms zelfs tot voortijdig overlijden¹. Het is dan ook verheugend te constateren dat uw ministerie veel aandacht aan het thema ICT in de zorg besteedt.

Adequate gegevensuitwisseling is noodzakelijk om kwalitatief goede zorg te kunnen verlenen en fouten in de zorg te voorkomen. Het staat beroepsbeoefenaren vrij dit

¹ Onderzoek in Nederland heeft uitgewezen dat jaarlijks waarschijnlijk ca. 90.000 ziekenhuisopnamen toe te schrijven zijn aan medicatiefouten (Pharmaceutisch weekblad, jrg. 137, 2002, no. 17, p. 609-612). Uit de studie "Fouten worden duur betaald" uit 2004 door TNS NIPO in opdracht van NPCF en NICTIZ blijkt dat zich jaarlijks ca. 1,3 miljoen medische overdrachtsfouten voordoen als gevolg van het niet goed bijhouden of het niet (kunnen) inkijken van het medisch dossier van de patiënt. De meeste fouten hebben betrekking op verkeerde medicatie, het niet behandeld worden door ontbrekende informatie en het verkeerd opereren of behandelen. De kosten hiervan bedragen naar schatting 1,4 miljard euro op jaarbasis, waarvan 300 miljoen directe zorgkosten.

te doen op de wijze die zij wenselijk achten, echter met inachtneming van hetgeen binnen de beroepsgroep gebruikelijk is c.q. volgens richtlijnen waarover binnen de beroepsgroep consensus bestaat. Digitale gegevensuitwisseling blijkt in de praktijk de beste methode om de juiste patiëntgegevens op de juiste plaats op het juiste moment voor de behandeling beschikbaar te hebben. Wetenschappelijke verenigingen zouden daarom het digitaal vastleggen en uitwisselen van patiëntgegevens moeten bevorderen. Alhoewel de Raad voorstander is van het gebruik van een elektronisch patiënten dossier (EPD), wil hij niet zo ver gaan te bepleiten dit gebruik nu al wettelijk verplicht te stellen. De verplichting kan op termijn wel noodzakelijk worden. In de visie van de Raad is het voornamelijk aan de beroepsgroepen en de instellingen om te bewerkstelligen dat een EPD algemeen toegepast wordt.

In januari 2002 is de stichting Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) opgericht met als voornaamste doel het realiseren van een landelijke ICT-infrastructuur. Deze infrastructuur is een voorwaarde voor de totstandkoming van een landelijk bruikbaar Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Dit dossier moet het mogelijk maken om zorginhoudelijke, logistieke en administratieve berichten uit te wisselen in de Nederlandse cure- en caresector. De adequate 'bediening' van de patiënt/cliënt met behoud van de privacy en zijn/haar zeggenschap is daarbij als uitgangspunt genomen.

Ontwikkelingen in de zorg

Naast de voordelen die een landelijk EPD biedt waar het gaat om de kwaliteit en de kosten van zorg, is de invoering van geregleerde marktwerking in de zorg een additionele reden om snel een landelijk EPD te realiseren. Evenzeer is die marktwerking een argument voor een krachtige rol van de Rijksoverheid bij de invoering van een EPD. De invoering van geregleerde marktwerking zal naar verwachting immers de volgende effecten hebben:

- consumenten zullen gemakkelijk kunnen wisselen van verzekeraar;
- verzekeraars zullen meer mogelijkheden krijgen de patiëntstromen naar zorgaanbieders te beïnvloeden;
- wanneer patiënten veranderen van zorgverzekeraar zal dit waarschijnlijk ook gaan leiden tot het (deels) veranderen van zorgverlener(s);
- de beoogde competitie tussen zorgverleners zal kunnen leiden tot een verminderde animo voor onderlinge samenwerking en het delen van informatie.

Dit brengt het risico met zich mee van verdere 'versnippering' van patiëntgegevens: gegevens over één patiënt zullen op nog meer plaatsen vastgelegd worden zonder dat de bij een behandeling betrokken zorgverlener daarvan op de hoogte is, met alle risico's van dien. Voor de patiënt is het van belang dat het dossier makkelijk toegankelijk is voor zorgverleners die patiëntgegevens voor de uitoefening van hun taak nodig hebben. Feitelijk is de patiënt de enige constante bij alle wisselende contacten tussen patiënt en verschillende zorgverleners en zorgverzekeraars. Er zou daarom een patiëntgerichte landelijke EPD-infrastructuur beschikbaar moeten zijn. Daarbij dient de patiëntparticipatie (bijvoorbeeld in het kader van zelfzorgmedicatie, etc.) gewaarborgd te zijn.

Knelpunten

Binnen het brede gebied van het EPD heeft NICTIZ als speerpunt onder meer gekozen voor het realiseren van een landelijk medicatiedossier, dat op 1 januari 2006 beschikbaar moet zijn. Momenteel worden echter vraagtekens gezet bij de haalbaarheid van het per 1 januari 2006 realiseren van een landelijk medicatiedossier dat de opmaat moet vormen tot een landelijk dekkend totaal EPD.

De onlangs verschenen rapporten van Het Expertise Centrum² en DCE Consultants³ wijzen hierop.

De Nederlandse overheid heeft gekozen voor de totstandkoming middels een regionale, bottom-up aanpak in combinatie met een centrale aanpak waar het gaat om onder meer het identificerend stelsel (patiënt- en zorgverlenersidentificatie, e.d.), het landelijk 'schakelpunt' en eisen te stellen aan een goed beheerd zorgsysteem. Inmiddels blijken zich bij de realisatie knelpunten voor te doen. Deze knelpunten hebben onder meer betrekking op het feit dat er meerdere regionale initiatieven zijn, waarbij gekozen wordt voor verschillende standaarden en verschillende technische concepten, vanwege de bestaande infrastructuur die in de regio beschikbaar is. Het regio-overstijgende landelijke karakter van het EPD komt hierdoor in gevaar. In veel regio's wordt de uitwisseling van informatie gebaseerd op lokale standaarden (zoals OZIS). Dit wijkt af van de keuze die NICTIZ heeft gemaakt voor HL7 v3 als internationale standaard. Inmiddels heeft de Stichting OZIS een migratieplan opgesteld om van de huidige OZIS omgeving te migreren naar de HL7 standaard.

Het deels bottom-up realiseren van een landelijk EPD vereist van actoren in het zorgveld dat zij gezamenlijk tot plannen komen, en ook gezamenlijk de noodzakelijke financiële middelen weten te vinden om te investeren in een infrastructuur. De praktijk is dat in de meeste regio's nog geen door alle relevante partijen gedragen plan bestaat en geen overeenstemming bestaat over het ter beschikking stellen van de noodzakelijke gelden. Hierdoor zullen niet alle regio's in 2006 over een medicatiedossier beschikken.

De huidige initiatieven richten zich in belangrijke mate op het uitwisselen van medicatie-informatie. Een landelijk EPD heeft echter vooral zin wanneer verschillende soorten medische informatie uitgewisseld kunnen worden (dus naast medicatie-informatie ook diagnoses, laboratoriumuitslagen, verwijfsbrieven, ontslagbrieven, medische beelden etc.). De huidige focus op medicatie kan ertoe leiden dat problemen gaan ontstaan bij het uitbreiden van het EPD naar andere informatiecategorieën.

Hiervoor is aangegeven dat de patiënt de enige constante is bij alle wisselende contacten tussen patiënt en verschillende zorgverleners en zorgverzekeraars. Vastgesteld kan worden dat de meeste initiatieven in de regio's zich richten op het faciliteren van informatie-uitwisseling tussen zorgverleners. In de plannen en technische concepten wordt meestal geen rekening gehouden met de vraag hoe patiënten zelf toegang krijgen tot hun EPD, hoe ze zelf kunnen bepalen wie hun informatie mag raadplegen, hoe ze kunnen zien wie hun informatie heeft geraadpleegd, hoe ze zelf informatie kunnen toevoegen en hoe zij hun eigen gegevens 'mee kunnen nemen' naar andere zorgverleners, bijvoorbeeld in geval van verhuizing. Ook wordt geen rekening gehouden met de noodzaak tot het genereren van de individuele patiënt overstijgende informatie ten behoeve van de bewaking van de volksgezondheid.

Door gebrek aan samenwerking slagen weinig regio's erin tijdig tot actie te komen. Voor de regio's die wel tot actie komen moet helaas vastgesteld worden dat veelal wordt uitgegaan van verschillende technische concepten, dat uitgegaan wordt van lokale standaarden, dat de patiënt als actieve participant buiten beeld blijft, dat de systemen slecht geschikt zijn voor multidisciplinaire informatie, en dat de regionale systemen niet koppelbaar zullen blijken en niet geschikt zullen zijn voor volksgezondheidsdoeleinden.

² Het Expertise Centrum, consultants voor ICT en bestuur in de publieke sector: Inventarisatie ZorgICT 2006, Witte vlekken en risico's. Den Haag, 18 november 2004.

³ DCE Consultants: Audit Aorta, architectuur en specificaties basisinfrastructuur gezondheidszorg, 10 december 2004.

De conclusie is dat de in het advies E-health gesignaleerde vrijblijvendheid in het beleid voor wat betreft de wijze van elektronische gegevensuitwisseling in de gezondheidszorg is gehandhaafd, en dat de thans genomen initiatieven ondanks de goede intenties van de betrokkenen niet of in ieder geval niet snel genoeg leiden tot het gestelde doel, namelijk het realiseren van een landelijk EPD⁴. Die snelheid kan wel bereikt worden door het gebruik van bepaalde technische standaarden verplicht te stellen, zoals eerder aanbevolen in het RVZ-advies E-health in zicht. De vraag rijst dan welke standaarden dit moeten zijn en op welk niveau ze voorgeschreven en geïmplementeerd moeten worden. Hierbij moet geanticipeerd worden op in gang zijnde ontwikkelingen teneinde te voorkomen dat men op een 'dood spoor' terecht komt.

Toekomstvisie

De huidige regionale initiatieven hebben doorgaans betrekking op berichtenverkeer, waarbij informatie opgevraagd en verzonden kan worden. Het gaat hierbij om vooraf gedefinieerde informatievragen binnen de context van een patiëntincident. Wanneer er echter toch een landelijke infrastructuur wordt gebouwd, verdient het de voorkeur dit op een dusdanige wijze te doen dat het systeem ook gebruikt kan worden voor het inzien van patiëntgegevens die door anderen zijn vastgelegd en voor pro-actieve monitoring van data. Hierbij valt zowel te denken aan het vroegtijdig signaleren van bekende 'nieuwe' ziekten als SARS of vogelgriep, van nieuwe, nog onbekende ziekten en van bioterroristische acties (miltvuur, e.d.) als aan het combineren van gegevens van een patiënt die kunnen leiden tot het identificeren van gezondheidsrisico's of tot diagnosestelling. Een voorbeeld hiervan zijn laboratoriumresultaten, bijvoorbeeld hematocrietwaarden die door verschillende hulpverleners op verschillende tijdstippen en plaatsen zijn verkregen. De verschillende waarden kunnen binnen de normaalwaarden vallen, en daarmee geen aanleiding tot een alert vormen, maar gecombineerd tot het inzicht leiden dat in een beperkte periode de hematocrietwaarde met meer dan 10% is gedaald, hetgeen veroorzaakt kan zijn door een maagbloeding als gevolg van de inname van medicijnen. In dit laatste geval zou een pro-actief EPD een alert kunnen zenden naar de patiënt zelf en de behandelaar.

Internationaal bestaat consensus over het uitgangspunt dat uit oogpunt van continuïteit van zorg een EPD beschikbaar moet zijn, dat in beginsel (medische) gegevens van een persoon bevat die gedurende zijn leven worden vastgelegd. Internationale ontwikkelingen bieden uitzicht op convergentie naar een gestandaardiseerd gegevensmodel, waarin is vastgelegd welke patiëntgegevens gestandaardiseerd vastgelegd kunnen worden en wat hun onderlinge relaties zijn. Deze ontwikkeling is zo ver dat eind 2005 de internationale standaardisatie-organisaties ISO en CEN zullen kiezen voor HL7 versie 3 Reference Information Model (HL7 v3 RIM) als gemeenschappelijk gegevensmodel; overigens niet te verwarren met de HL7-berichtenstandaarden. De CEN zal naar verwachting medio 2005 een standaard voor het EPD vaststellen (EN 13606) die ook gebaseerd is op dit HL7 versie 3 Reference Information Model. Wanneer op bepaalde terreinen Europese resp. nationale normen bestaan, dan mag Europese en nationale wet- en regelgeving uitsluitend gebruik maken van deze Europese resp. nationale normen.

Zoals aangegeven is de aandacht in Nederland momenteel vooral gericht op het ontwikkelen van het elektronisch medicatiedossier. Dit is een relatief klein, doch zeker niet onbelangrijk onderdeel van het elektronisch patiëntendossier (EPD). Om

⁴ In een EPD legt elke zorgverlener gegevens over een patiënt/cliënt gestructureerd en gestandaardiseerd in digitale vorm vast. Aanvankelijk zal dit nog veelal in de vorm van vrije tekst zijn, maar er dient naar te worden gestreefd dit naar verloop van tijd in toenemende mate in gecodeerde vorm te doen. Dit geheel van deeldossiers kan beschouwd worden als het elektronisch dossier van de patiënt. Het is onafhankelijk van tijd en plaats toegankelijk voor daartoe geautoriseerden (RVZ-advies Informatietechnologie in de zorg, 1996).

tot een volwaardig EPD te komen moeten nog vele andere onderdelen invulling krijgen. Dit alles moet naadloos op elkaar aansluiten en daarvoor is het gebruik van een gemeenschappelijk gegevensmodel noodzakelijk. Zonder een dergelijk gemeenschappelijk model is een adequate uitwisseling van gegevens niet mogelijk.

Huidige situatie

Zoals hiervoor reeds is verwoord, heeft NICTIZ in beginsel ook voor het gebruik van HL7 v3 RIM gekozen, niet voor informatiesystemen, maar voor het ontwikkelen van berichten. In de praktijk wordt hiervan in diverse regio's van af geweken, namelijk daar waar tussen veldpartijen reeds andere keuzes zijn gemaakt. Dat is op zich begrijpelijk, aangezien het NICTIZ niet de bevoegdheid heeft om het gebruik van HL7 v3 RIM dwingend op te leggen. Maar voor de standaardisatie en de ontwikkeling van een EPD dat ook landelijk bruikbaar is, is dit een ongewenste ontwikkeling.

Relevant is in dit verband ook dat voor het realiseren van een infrastructuur investeringen nodig zijn. Tot op heden heeft de industrie zich terughoudend opgesteld ten aanzien van het doen van investeringen in een landelijke infrastructuur. Het feit dat een wettelijke verplichting tot het gebruik van een standaard als HL7 v3 RIM voor geautomatiseerde informatiesystemen ontbreekt, draagt hiertoe bij. Bij monde van verschillende woordvoerders heeft de industrie bij herhaling aangegeven dat de industrie bij voortdurende vrijblijvendheid niet of weinig geneigd is investeringen te doen.

Advies

Om aan deze vrijblijvendheid een eind te maken en de zo nodige voortgang te stimuleren, dringt de Raad er bij u op aan om de noodzakelijke standaarden wettelijk voor te schrijven dan wel een organisatie te machtigen deze standaarden voor te schrijven. Een wettelijke verplichting kan gerealiseerd worden door aanscherping van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG. Een alternatief hiervoor kan gevonden worden in de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Voordeel van deze laatste optie is dat de WTG betrekking heeft op organen van gezondheidszorg, zijnde zowel instellingen als beroepsbeoefenaren. Tweede voordeel is dat koppeling aan tarieven ex WTG mogelijkheden biedt voor het creëren van financiële prikkels, zowel in de vorm van beloningen als straffen, en daarmee betere stimulerings- en ontmoedigingsmogelijkheden biedt dan aanhaking van de bepleite verplichting aan de genoemde kwaliteitswetten.

Voor de invulling van deze wettelijke verplichting tot het gebruik van standaarden bij het langs digitale weg gebruik maken van door anderen vastgelegde gegevens bestaan twee opties:

- het wettelijk verplichten om elektronische berichten zodanig te standaardiseren dat zij voldoen aan een gemeenschappelijk gestandaardiseerd gegevensmodel;
- het wettelijk verplichten van het gebruik van een gestandaardiseerd gegevensmodel voor geautomatiseerde informatiesystemen die in de zorg gebruikt worden voor zorgdoeleinden.

Tot op heden wordt vooral de eerste optie gekozen, namelijk het (regionaal) standaardiseren van berichten, waarbij dit overigens niet gebeurt op basis van een gemeenschappelijk gegevensmodel. Keuze voor deze optie betekent dat de benodigde informatie door de oorspronkelijke vastlegger ervan via een gestandaardiseerd bericht 'gebracht' wordt bij de zorgverlener die die informatie op dat moment nodig heeft. Wanneer men gegevens wil uitwisselen die nog niet in een 'standaardbericht' zijn opgenomen, zal men dus een nieuw bericht moeten ontwikkelen en eventueel het informatiesysteem moeten aanpassen om het nieuwe bericht te kunnen genereren.

Keuze voor de tweede optie houdt in dat voor alle zorginformatiesystemen gedefinieerd en dus bekend is welke patiëntgegevens waar gestandaardiseerd te vinden zijn en wat hun onderlinge relatie is. Wanneer dit model algemeen geldend is voor de gezondheidszorg dan is het in principe een kwestie van autoriseren wie voor welk doel tot welke gegevens toegang heeft. Het vaststellen van technische standaarden voor grote hoeveelheden berichten wordt daarmee feitelijk overbodig, omdat de benodigde informatie door de zorgverlener die die informatie op dat moment nodig heeft na een vastgelegde procedure van identificatie, authenticatie en autorisatie kan worden 'gehaald'. Daarnaast blijft het natuurlijk mogelijk om gegevens te 'brengen' zoals hiervoor onder de eerste optie is aangegeven.

De Raad verkiest de laatste optie. Deze optie maakt niet alleen de ontwikkeling van het berichtenverkeer gemakkelijker, maar biedt bovendien de mogelijkheid om ook (ad hoc) gegevens op te vragen, bijvoorbeeld pro-actieve alerts of kennisondersteuning. Hierbij gaat het niet alleen om zaken die betrekking hebben op de individuele patiënt, maar ook om zaken in relatie tot de volksgezondheid, zoals nieuwe infectieziekten als SARS en gegevens over de performance van het zorgsysteem.

Concreet stelt de Raad voor om aan geautomatiseerde informatiesystemen die in de Nederlandse zorgsector voor de vastlegging van patiëntgegevens gebruikt worden, de eis te stellen dat zij moeten voldoen aan de EN 13606 standaard, die gebaseerd is op HL7 v3 RIM. Na 1 januari 2006 te implementeren systemen zouden aan de standaard moeten voldoen. Voor reeds geïmplementeerde informatiesystemen zou moeten gelden dat deze uiterlijk 1 januari 2010 aan deze standaard voldoen. De keuze voor deze termijn wordt ingegeven door het feit dat de economische levensduur van informatiesystemen in de zorg circa 5 jaar bedraagt. In de periode tot 2010 kunnen de oude systemen derhalve gefaseerd vernieuwd worden zonder dat daarbij sprake is van substantiële kapitaalvernietiging.

Wanneer u niet zo ver wilt gaan, adviseert de Raad als tweede optie om de ontwikkeling van berichten verplicht te baseren op een gemeenschappelijk gegevensmodel. Voor de berichtontwikkeling dient dan de NEN-norm 7502, een kadernorm voor de ontwikkeling van berichten, bij wet verplicht te worden gesteld en tegelijkertijd de EPD-standaard EN 13606 als het daarbij te hanteren gemeenschappelijke gegevensmodel. Alle berichten in de zorgsector zouden dan per 1 januari 2008 moeten voldoen aan deze standaard.

Ook dienen beroepsgroepen te worden gestimuleerd om afspraken te maken over minimum gegevenssets en de te hanteren semantiek die nodig zijn voor de inhoudelijke vulling van het gemeenschappelijke gegevensmodel. Immers niet alleen de informatie-infrastructuur, maar ook standaardisering van de semantiek is essentieel. VWS (of NICTIZ/NEN) kan hiertoe experts uitnodigen ontwerpen te maken, daarbij begeleid door de wetenschappelijke verenigingen. De zo ontwikkelde standaarden kunnen vervolgens verplicht gesteld worden.

Een landelijk transmuraal medicatiedossier op basis van de EPD-standaard EN 13606 kan op korte termijn gerealiseerd worden. Dit kan geschieden door middel van het gebruik van zogenoemde shared service centers, bijvoorbeeld regionaal en/of categoriaal, die de benodigde gegevens elektronisch ontvangen van de zorgaanbieders en zodanig omzetten dat ze conform EN 13606 worden opgeslagen en via het (beveiligde) internet aan zorgaanbieders en patiënten beschikbaar worden gesteld. Systemen van zorgaanbieders behoeven dan weinig aanpassing. Dit kan geleidelijk uitgebreid worden naar andere zorggegevens, zodat er een transmuraal EPD ontstaat. Een en ander sluit goed aan bij de eisen die NICTIZ aan een goed beheerd zorgsysteem stelt⁵.

⁵ Architectuurontwerp basisinfrastructuur in de zorg, versie 4.0, NICTIZ, 15 oktober 2004.

Samenvattend bepleit de Raad uit oogpunt van een kwalitatief goede zorg om in het geval patiëntgegevens digitaal worden uitgewisseld:

- vanaf 1 januari 2006 het gebruik van de standaard EN 13606, gebaseerd op het gegevensmodel-deel van de internationale standaard HL7 versie 3 Reference Information Model (HL7 v3 RIM) verplicht te stellen voor vanaf dat tijdstip te implementeren geautomatiseerde informatiesystemen voor het vastleggen van patiëntgegevens;
- voor reeds geïmplementeerde informatiesystemen deze verplichting in te voeren per 1 januari 2010;
- indien u deze aanbeveling te vergaand vindt, dan ten minste de NEN-norm 7502 als kadernorm verplicht te stellen voor de ontwikkeling van berichten, waarbij EN 13606 als het daarbij te hanteren gemeenschappelijke gegevensmodel wordt gebruikt; en voorts verplicht te stellen dat alle berichten in de zorgsector met betrekking tot patiëntgegevens per 1 januari 2008 hieraan voldoen;
- de Wet Tarieven Gezondheidszorg als aangrijpingspunt voor de hier bedoelde wettelijke verplichtingen te kiezen.

Uiteraard is de Raad graag bereid tot het geven van een nadere toelichting.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Algemeen secretaris,

drs. F.B.M. Sanders

drs. P. Vos

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2005
Publicatienummer 05/03
ISBN: 90-5732-145-9

U kunt deze publicatie bestellen of downloaden via onze website (www.rvz.net) of telefonisch bij de RVZ (079 3 68 73 11).