



<http://devrijehuisarts.org/>

EPD? nee!

Wij, DVH, zijn van mening dat op dit moment de tijd niet rijp is voor een Landelijk Elektronisch PatiëntenDossier [L-EPD].

Analyse van De Vrije Huisarts

27 oktober 2008

LANDELIJK EPD? NEE!

Deze week is het ministerie van VWS de publiekscampagne over het EPD gestart om alle inwoners van Nederland te informeren over de start van de invoering van het Landelijk Elektronisch PatiëntenDossier [L-EPD].

Recent heeft Stichting de Vrije Huisarts zich kritisch uitgelaten over de geplande en opgelegde invoering door de overheid van dit L-EPD. Die kritiek raakt het fundament van ons werk. De basis en het grootste goed van de huisartsenzorg is namelijk het door patiënten in de huisarts gestelde vertrouwen. En dat mag niet beschaamd worden. Voor patiënten moet duidelijk zijn dat bij de eigen huisarts het persoonlijk medische dossier, waarin hun diagnoses, medicijngebruik, maar ook hun diepste geheimen, zorgen, angsten en schaamtes zijn vastgelegd, in veilige handen is. Dit is van dusdanige betekenis dat handhaving van het vertrouwen, als professionele waarde binnen de artspatiënt relatie, niet inwisselbaar is tegen de aanmoedigingssubsidie van circa € 5300,- per normpraktijk waarmee Klink de huisarts probeert te forceren aan de invoering van het landelijke EPD mee te werken. Zolang met een insufficiënt L-EPD de vertrouwelijkheid van de individuele patiëntgegevens niet geborgd en gegarandeerd is en zolang de financiering van de vereiste tijdsinvesteringen noch bij het opstarten van het L-EPD, noch bij het duurzaam onderhouden daarvan, adequaat en structureel geregeld zijn, dient naar de mening van de Vrije Huisarts het credo van de Nederlandse huisartsen te zijn: "EPD? NEE"

Bij deelname aan het landelijk EPD zet de huisarts zijn Huisarts Informatie Systeem [HIS] 7x24 uur open voor zorgaanbieders die met een UZI-paspoort medische gegevens willen inzien. Op dit moment heeft de huisarts nog de mogelijkheid en het recht zijn informatiesysteem met patiëntendossiers gesloten te houden. Maar als hij eenmaal onder de huidige vage randvoorwaarden deelneemt aan het L-EPD, is hij verplicht deze voortaan open te houden.

Voor patiënten is er overigens wèl voorzien in de mogelijkheid van "opt-out" (niet willen meedoen). Zij kunnen dan schriftelijk aan de arts kenbaar maken dat hún medische dossier niet opengesteld mag worden.

WAT DAN WEL?

De Vrije Huisarts is in wezen voorstander van goede gegevensuitwisseling om zo de kwaliteit van de toekomstige zorg te verbeteren. Ons standpunt op dit moment: "L-EPD? NEE!" betekent niet dat er in de toekomst geen betrouwbare vormen van gegevensuitwisseling zouden kunnen worden ontwikkeld. Maar het is niet de juiste route om van boven af, zonder draagvlak, en onder oneigenlijke tijdsdruk, met een riskant landelijk EPD te starten.

DVH stelt daarom voor om met elkaar als stakeholders de voorwaarden te bespreken waaronder elektronische uitwisseling van medische gegevens wél veilig zou kunnen plaatsvinden. Daarbij kan worden begonnen met de verbetering van de voorwaarden voor lokale en/of regionale uitwisseling van medische patiëntgegevens tussen huisartsen onderling. Van daaruit kan bottom-up worden vastgesteld of het mogelijk en gewenst is het proces om te komen tot een landelijk functionerend EPD, voort te zetten met als doel verdere verhoging van de patiëntveiligheid bij medicatiegebruik en van de doelmatigheid bij verwijzingen.

Op dit moment is de Vrije Huisarts van mening dat er geen garantie bestaat voor een veilige uitwisseling van medische gegevens via het internet, zoals de minister dat voor ogen staat.

WAT ZIJN DE VOORWAARDEN VOOR DE INVOERING VAN EEN LANDELIJK EPD?

1. HUISARTSEN BESLISSENDE GESPREKSPARTNER

De huisartsen behoren altijd gesprekspartner en partij met stemrecht te zijn bij het opzetten van een L-EPD en bij het invoeren van latere aanpassingen daarin. In 2008, maar ook over 2 jaar, over 4 jaar, over 20 jaar etc. Hierbij zetten zij zich in voor een door partijen gezamenlijke gedragen missie van veilige overdracht van relevante medische gegevens voor een actueel zorgcontact. Samen met andere partijen (overheid, patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars) is er een gedeelde opdracht en een gedeeld belang.

2. WIE KRIJGEN DEZE PRIVATE GEGEVENS VAN BURGERS IN TE ZIEN?

Er moeten waterdichte procedures komen, welke zorgaanbieders toegang krijgen tot een [L-]EPD en hoe geborgd is dat anderen die toegang niet krijgen.

- Wie mag er met welk doel (wel/niet) in kijken?
- Wie bepaalt of het doel gewenst is of ongewenst?
- Wie ziet toe dat het toegangspaspoort alleen wordt gebruikt voor patiëntenzorg?

Elk HIS bevat een schat aan gegevens, met deels subjectieve, deels objectieve gegevens.

- Wie ziet dat verschil?
- Welk deel van het HIS mag de raadplegende zorgaanbieder inzien en welk deel niet?
- Mogen "concurrerende" zorgaanbieders op de "markt van Klink" gewoon de bedrijfsgegevens van de huisarts inzien?

Met eenjarige contracten zijn de ketenzorgpartners van nu de concurrenten van morgen.

- Worden HIS-gegevens gedownload?
- Worden HIS-gegevens in caches gezet?

Marktwerking conflicteert met samenwerking en wakkert het wantrouwen aan.

- Wordt dat gegeven met het toegankelijker maken van een EPD niet versterkt en nog veel ingrijpender?

"Deze toegang tot medische gegevens heeft echter ook een keerzijde. Het scheidt kansen voor onbevoegden om toegang tot medische dossiers te krijgen. Dit moet kost wat kost worden voorkomen, want medische gegevens zijn zeer privacygevoelig.

Daarom is al sinds de oudheid het medische beroepsgeheim een van de pijlers van de gezondheidszorg. Artsen leggen de eed van Hippokrates af, waarin ze beloven om hetgeen patiënten hun in vertrouwen meedelen, geheim te houden. Die geheimhoudingsplicht is vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Maar hoe kan een arts iets dergelijks beloven als hij niet langer zelf de toegang tot zijn dossiers bewaakt?"

[NRC 15-09-2008 J. Dijkstra, docent Recht en ICT, Rijksuniversiteit Groningen & M-J. Bonthuis, zelfstandig IT-jurist]

3. WELK ICT-SYSTEEM IN DE WERELD IS VEILIG?

Een rampscenario bij het EPD is dat criminelen, bijvoorbeeld met medewerking van een paar omgekochte mensen uit de gezondheidszorg, toegang krijgen tot het landelijk schakelpunt. Ze zouden dan stukje bij beetje alle patiëntgegevens kunnen verzamelen. Vervolgens brengen ze de data naar het buitenland en geven tegen betaling inzage in het dossier van iedere willekeurige burger. Menig werkgever of verzekeraar zal hierin geïnteresseerd zijn. En er valt dan feitelijk niets meer tegen te doen.

[NRC 15-09-2008 J. Dijkstra, docent Recht en ICT, Rijksuniversiteit Groningen & M-J. Bonthuis, zelfstandig IT-jurist]

Net zoals elk grootschalig ICT-project te hacken is, geldt dat ook voor het landelijk EPD. Als een hacker toegang wil krijgen zal dat lukken. Dat lukt zelfs in het Pentagon. Veiligheid wordt bij het opschalen van deze aard een relatief begrip. Maar als een hacker toegang kan krijgen, heeft een ieder (overheid, belastingdienst, verzekeraars, criminelen) potentieel toegang.

Er is altijd wel een achterdeurtje. Alle medische informatie wordt in het EPD gekoppeld aan het unieke Burger-Service-Nummer [BSN]. In diverse andere bestanden zijn aan dat nummer financiële, fiscale, strafrechtelijke en verzekeringstechnische gegevens gekoppeld. Om maar enkele te noemen.

- Welke waarborgen zijn er dat toekomstige beleidsbepalers, al dan niet in de openbaarheid, via koppeling van deze gegevensbestanden heel andere doelstellingen zullen verwezenlijken dan de motieven die destijds publiek geuit werden om een EPD te starten?

"Ook het College Bescherming Persoonsgegevens [CPB] constateerde dat de doelstelling achter het EPD op gespannen voet staat met het beroepsgeheim. Het CPB wil daarom burgers erop wijzen dat zij zelf verantwoordelijk worden voor de bescherming van hun medische gegevens. Gevoelige gegevens moeten burgers zelf maar ontoegankelijk maken. Maar daarmee wordt het dilemma van privacybescherming versus optimale toegang tot medische gegevens niet opgelost."

[NRC 15-09-2008 J. Dijkstra, docent Recht en ICT, Rijksuniversiteit Groningen & M-J. Bonthuis, zelfstandig IT-jurist]

DVH loopt waarachtig niet te hard van stapel: onze wildste fantasieën reiken waarschijnlijk nog niet zo ver als de mogelijkheden die een wettelijk verplichte ontsluiting van het medisch doopceel van 16 miljoen burgers in kwaadwillende handen en in andere tijden biedt. Het gevaar van privacyschending is de burgers dan ook goed uit te leggen, maar het wordt stelselmatig onderschat, NICTIZ/NEN norm ten spijt. Dus bedenk: "Big Brother waakt over al uw elektronisch vastgelegde data, zoals internetverkeer, bankgegevens en betalingen, GSM-verkeer, uw verblijfplaats via OV-chip-cards of uit rekeningrijden. En straks ook over al uw vertrouwelijke medische informatie."

Een overheid die de controle en het beheer wil over de samenleving zal met de koppeling van deze data een onvoorspelbaar machtspotentieel in handen hebben. Ook als is het "voor een goed doel"!

Het College Bescherming Persoonsgegevens [CBP] heeft er op gewezen (CBP brief 140707) "dat de ervaring in de internationale praktijk leert dat EPD's nauwelijks van de grond zijn gekomen en dat zij, voor zover invoering dan wel gelukt is, worden geteisterd door allerlei technische en operationele problemen". Het CBP heeft daarom gewezen op de dwingende noodzaak van een zorgvuldige implementatie van het EPD, precies wat de Vrije Huisarts met deze notitie ook wil bepleiten.

"Als het internet ons iets geleerd zou moeten hebben, dan is het wel dat ongeclausuleerde toegang tot grote hoeveelheden gegevens heel handig, maar ook bijzonder schadelijk kan zijn. Helaas legt de overheid een grote naïviteit aan de dag bij de omgang met persoonsgegevens. Ondanks een negatief advies van de Raad van State zet de regering het wettelijk kader voor een landelijk EPD door".

[NRC 17 juni 2008, Dr.L.Mommers, Centrum voor Recht in de Informatiemaatschappij, Rijksuniversiteit Leiden]



4. HIPPOKRATES TEGEN INVOERING VAN HET LANDELIJKE EPD

- Mag de huisarts als zorgaanbieder zijn HIS wel openzetten als we de door iedere huisarts afgelegde eed van Hippokrates in de afweging betrekken?

Citaat uit deze artseneed (KNMG 2003): "Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen etc ... Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd ...".

Deze eeuwenoude eed is ook in 2008 van eminente betekenis om het fundament in ons handelen niet af te breken: het aan ons geschonken vertrouwen niet te beschamen, zodat patiënten ["de mensen", zegt Hippokrates terecht] niet bang hoeven zijn om zich tot ons te wenden.

5. MEDISCHE GEGEVENS GEEN FEITEN MAAR INTERPRETATIES

De gegevens van de huisarts (en andere hulpverleners) zijn doorgaans deels interpretaties.

- Wat gebeurt er als een onbekende zorgaanbieder deze interpretaties gaat interpreteren?

Men zal natuurlijk proberen de medische dossiers met kerncriteria geschikt te maken als basis voor het L-EPD. Met de nadruk op spoedeisende zorg, medicatieveiligheid en met kernpunten van de medische voorgeschiedenis. Maar subjectiviteit blijft en hoort bij (de registratie van) zorg die huisartsen bieden.

Digitale beschikbaarheid van gegevens leidt niet automatisch tot een bruikbaar, actueel en consistent beeld van de zorgbehoeften van een patiënt. Gegevens kunnen elkaar tegenspreken. Bovendien is de beschikbaarheid van gegevens nog geen garantie dat deze ook daadwerkelijk gelezen, begrepen en gebruikt worden. Een beknopte, heldere verwijsbrief met de belangrijkste relevante gegevens kan aanmerkelijk effectiever zijn.

[NRC 17 juni 2008 Dr.L.Mommers, Centrum voor Recht in de Informatiemaatschappij, Rijksuniversiteit Leiden]

6. LANDELIJK EN REGIONAAL, CENTRAAL EN PERIFEEER

De tendens lijkt te zijn met het regionale EPD zo veel mogelijk te koersen op landelijke standaarden, maar wel regionaal de prioriteiten te stellen met een regionale besturing van de projecten. Dat betekent dat er duidelijkheid moet komen over deze landelijke standaarden, contra-indicatietabellen en indicatoren. Maar dat betekent ook dat er een goede communicatie moet zijn tussen landelijk en regionaal.

- Maar welke partijen zijn vertegenwoordigd als landelijke gesprekspartner?
- Overheid, verzekeraars, ICT-bedrijven, NPCF?
- Welke belangen hebben zij ieder voor zich bij een landelijke koppeling van dataregistraties?
- Zijn de eigen agenda's en doelstellingen expliciet geformuleerd en controleerbaar voor degenen om wiens persoonlijke gegevens het gaat?

7. RANDVOORWAARDEN OM AAN FUNCTIONELE EISEN TE VOLDOEN

In de procedure om te komen tot een landelijk EPD is gepland dat per tijdsfase de functionele eisen waaraan het EPD moet voldoen (allergieën, episodes, operaties, familieanamnese etc) worden uitgebreid. Het overgaan op nieuwe normen voor moderne dossiervorming (ADEMD/ADEPD-normen), kan alleen geschieden wanneer aan noodzakelijke randvoorwaarden wordt voldaan. Dit betekent dat alle gewenste activiteiten voor registratie volgens ADEMD/ADEPD van huisartsen en medewerkers worden geïnventariseerd en voorzien van een daarbij horende tijdsinvestering. Daaruit volgt een aldus berekende kostprijs. Bij vaststelling van de tijdsinvestering gaat het dan over de vraag hoeveel minuten gemiddeld nodig zijn om elk van de deelactiviteiten uit te voeren. De vaststelling van de EPD-kostprijs vergt zo een bottom up berekening van de kosten en conflicteert daarmee met de huidige topdown financiering van Klink.

VWS heeft topdown een subsidieregeling uitgewerkt die er op neer komt dat elk GBZ-praktijk-systeem (dus als twee dokters een systeem gebruiken telt dat als één) een vergoeding krijgt van 3000 euro bij aansluiting op het LSP. Daar komt dan een vergoeding van 1 euro per patiënt bovenop per aangesloten patiënt op het LSP. De LHV liet de kosten van het opstarten van de EPD-implementatie berekenen en kwam uit op circa € 200 miljoen. De tijdsinvestering is berekend op circa 800 uur per normpraktijk. Na deze opstartfase volgt het duurzaam onderhouden van het EPD, dat zijn eigen kostprijs heeft (zie 8). Het kan volgens DVH niet zo zijn dat de huisarts extra werk levert waarvan de reële kostprijs genegeerd wordt door de vragende partij (overheid) die daarbij zijn legislatieve macht misbruikt en de facto de rekening bij de huisartsen neerlegt.

8. HUISARTS ALS DATAMANAGER BESPAART MILJOENEN

Als er per tijdsfase steeds meer eisen worden gesteld aan de registratie van gegevens in het EPD van de huisarts, dan betekent dat er dagelijks "onderhoud" gepleegd moet (gaan) worden aan het HIS. Dit betekent dat de huisarts de datamanager wordt van zijn HIS. Datamanagement wordt op dit moment niet beloond, terwijl het elke dag arbeid kost. De honorering uit het Vogelaarakkoord remt datamanagement af omdat alleen vis-à-vis-contacten worden beloond. Ook hier gaat gelden dat de kostprijs van activiteiten van datamanagement wordt bepaald door de tijdsinvestering en de functie van de medewerker die de werkzaamheden uitvoert. Dat effectief datamanagement een functie is waarbij potentieel miljoenen bespaard kunnen worden voor het macrobudget van de gezondheidszorg wordt onvoldoende gerealiseerd. Juist de kennis omtrent de individuele patiënt, gekoppeld aan voldoende tijd voor datamanagement, voorkomt onnodig onderzoek en verwijzing naar de tweede lijn en het geeft betere mogelijkheden voor effectieve en preventieve medicatiebewaking. Maar dat kan niet gerealiseerd worden in een consult van 10 minuten tegen € 9.

9. AANSPRAKELIJKHEID HUISARTS: JURIDISCH DISCUTABELE VALKUIL

- Wie is er aansprakelijk voor de registratie in het HIS?
- Wie is er aansprakelijk wanneer medische fouten worden veroorzaakt door verkeerd interpreteren of door juist interpreteren, maar dan van foute gegevens?

De minister en de IGZ zullen al snel wijzen naar de huisarts, dat hij verantwoordelijk is, zeker voor de professionele samenvatting. Een zorgverlener die zich houdt aan de professionele standaard en wettelijke verplichtingen, zal in principe niet strafrechtelijk of tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn. Maar dit risico loopt de huisarts wel wanneer hij zich niet aan deze standaard houdt.

- Maar wie bepaalt de "standaard" en wie bepaalt met welke randvoorwaarden deze "standaard" is te implementeren?

Dit is een extra reden, pas het L-EPD te starten als de randvoorwaarden en wetgeving zijn aangepast aan de norm van wat "redelijk & billijk" is. En ook de huisartsen zelf als norm een redelijke en billijke norm van registratie voorstaan. De overheid dient zich terdege te realiseren dat zonder voldoende professioneel draagvlak, er geen enkele stap gezet zal worden met het EPD. Motivatie voor een beter EPD bereik je niet met boetes. De L-EPD weg werd met NICTIZ aan het roer tot op heden topdown bepaald. Het wordt tijd dit te keren, daar de huisarts de enige partij is waar nu alle medische gegevens van patiënten centraal zijn verzameld. Daarom stelt DVH ook dat stemrecht van onze beroepsgroep bij de ontwikkeling en uitbouw van het EPD (punt 1) een absolute voorwaarde is om huisartsen mede- en eerst verantwoordelijk te laten zijn voor het functioneren van het EPD-dossier.

"Er dient grondig civiel- en gezondheidsrechtelijk onderzoek te worden uitgevoerd om duidelijkheid te krijgen over de nieuwe aansprakelijkheidsvraagstukken die zich in dit verband kunnen voordoen. Het gaat hier bijvoorbeeld om de nauwkeurigheid en volledigheid van de in het EPD ingevoerde gegevens, de vaststelling in elke mate de zorgverlener bij de behandeling van een patiënt het EPD moet bestuderen en de aansprakelijkheidsrechtelijke consequenties indien het EPD op zeker moment om technische redenen niet toegankelijk zou zijn voor de zorgverlener".

[CBP brief, 140607, item 2.5.5.2, Advies CBP over voorstel tot wijziging van Wet gebruik BSN in de zorg]

10. PATIËTENDATA PRIMAIR VOOR EIGEN PRAKTIJKVOERING

Van belang is in elk geval dat huisartspraktijken hun eigen data voor de eigen praktijkvoering goed op orde hebben. Dat vergroot het werkplezier en de zorgkwaliteit, geeft betere verwijzingen, voorkomt dubbele onderzoeken en voorkomt medicatiefouten. Maar ook daarbij zijn voldoende beschikbare tijd en financiering de voorwaardelijke factoren. Mocht blijken dat een landelijk EPD praktisch niet veilig en financieel niet te realiseren is, bestaat de mogelijkheid dat onder voorwaarden kan worden aangesloten bij regionale ICT-projecten, zonder afbreuk te doen aan patiëntveiligheid. Want let wel: circa 95% van alle zorgcontacten vindt regionaal plaats, in samenwerking met hulpverleners waarmee een persoonlijke relatie bestaat. En daarbij is geleidelijk steeds meer sprake van elektronische communicatie. De vraag die gesteld moet worden welke "ondernemers in zorg" van uitwisseling van "bedrijfsbestanden" profiteren? Zorgverleners of instellingen die gegevens nodig hebben om hun eigen bedrijfsvoering en –rendement te kunnen verbeteren, lijken met aansluiting op een landelijk EPD wel erg eenvoudig onder het mom van "het belang van de patiënt" of de cliënt, kosteloos als "free riders" te kunnen profiteren van aangeleverde bedrijfsgegevens van de huisarts..

11. HUISARTS ALS INFORMATIEMANAGER NOG ONVOLDENDE BENUT

De huisarts is de informatiemanager van de patiënt. Daarnaast gids, raadsman en diagnosticus en behandelaar. Met deze kernfuncties is het logisch dat elke stap naar een landelijk EPD begint bij het HIS en is het daarentegen onlogisch en ineffectief de huisarts niet bij te betrekken bij de vraag of en hoe een dergelijke ambitie van de overheid uitvoerbaar is met behoud van de professionele waarden van de beroepsgroep.

In de informatiesamenleving is de papieren wetgevingswerkelijkheid van waarborgen en beveiliging al snel een wassen neus, Wat moet er anders? De zorgsector moet aantonen dat de vergaande koppeling van patiëntgegevens werkelijk een doel dient. De verspreiding van persoonlijke gegevens dient minimaal te zijn, en de controle van burgers over hun eigen gegevens maximaal.

De overheid heeft een belangrijke rol in het verbeteren van de digitale weerbaarheid van haar burgers en dient het eigen handelen daarop af te stemmen.

[NRC 17 juni 2008, Dr.L.Mommers, Centrum voor Recht in de Informatiemaatschappij, Rijksuniversiteit Leiden]

12. PROPAGANDA VERMINDERT HET VERTROUWEN IN DE OVERHEID

De wijze waarop de overheid door haar Ministerie van VWS thans de burgers tracht te overtuigen van de juistheid van de invoering van een landelijk EPD doet geen goed aan de zorgvuldigheid waarmee dit onderwerp behandeld zou moeten worden. De louter positieve betekenis en de vanzelfsprekende taak die aan de huisartsen wordt toegedicht, gaan voorbij aan het nu juist ontbreken van het nodige draagvlak. Het negeert de vele juridische, technische en privacy-gevoelige aspecten, nog los van het feit dat voor het realiseren van een dergelijk groot project de financiële middelen ontbreken. Daar veranderen opgelegde verplichtingen en boetesancties niets aan.

Onder huisartsen zal het draagvlak en de medewerking door de propagandastroom van VWS in elk geval niet vergroot worden. De beroepsgroep zal zich dan ook moeten beraden op welke wijze weerstand geboden kan worden tegen de voorspelbare gevaren en onmogelijkheden die de minister met het doordrijven van zijn landelijke-EPD-beleid veroorzaakt.

CONCLUSIE STICHTING DE VRIJE HUISARTS

Gegeven de vele nog niet geregelde voorwaarden, is DVH van mening dat op dit moment de tijd niet rijp is voor een landelijk EPD.

Op dit moment is dan ook ons standpunt: EPD? NEE!

Webversie: <<http://devrijehuisarts.org/asp/LEPDnee271008.asp>>

Stichting de Vrije Huisarts berichtte al eerder over problemen bij het EPD:

1. De Vrije Huisarts, Hoe huichelachtig kun je zijn? ... vraagt De Vrije Huisarts zich in verbijstering af, 15 juni 2008 <<http://devrijehuisarts.org/asp/Hoehuichelachtig150608.asp>>
2. De Vrije Huisarts, De ontwikkeling van het Elektronische Patiënten Dossier, 5 oktober 2005 <<http://devrijehuisarts.org/asp/ontwEPD051005.asp>>

Afkortingen:

1. l-epd: landelijk elektronisch patiënten dossier
2. his: huisartsen informatie systeem (software pakket)
3. cbp: college bescherming persoonsgegevens
4. ademd: adequate dossiervorming met het elektronisch medisch dossier
5. adepd: adequate dossiervorming met het elektronisch patiënten dossier
6. egr: episode gericht registeren
7. emd: elektronisch medicatie dossier (overzicht medicatiegegevens van een patiënt)
8. wdh: waarneemdossier huisartsen
(professionele samenvatting van de huisarts ten behoeve van waarneming)
9. gbz: goed beheerd zorgsysteem
10. uzi-pas: unieke zorg identificatie pas (van zorgverleners)
11. aorta: beoogde landelijke infrastructuur voor elektronisch berichtenverkeer in de zorg
12. lsp: landelijk schakel punt
13. bsn: burgerservicenummer
14. bioz: bestuurlijk ict-overleg zorgverleners (knmg, knmp, nhg, orde, lhv, v&vn, nmt, kngf)
15. nictiz: nationaal ict-instituut in de zorg

BENT U DIT JAAR AL DONATEUR VAN DE VRIJE HUISARTS?

WIJ HEBBEN UW STEUN NODIG.

<<http://devrijehuisarts.org/asp/donatie.asp>>