

Verplaatsing doelpalen, als VIPP-goals niet gescoord worden



Als het om ICT in de zorg gaat schudt het ministerie van VWS frequent miljoenen uit de mouw om de vooruitgang in de vorm van eHealth te stimuleren. Met de [VIPP1-regeling](#) voor ziekenhuizen was in eerste instantie 105 miljoen euro gemoeid. Het huidige kabinet voegde daar 75 miljoen euro aan toe. Met de [VIPP-2 regeling](#) voor categorale instellingen, zoals klinische revalidatiecentra en dialysecentra, is 60 miljoen euro gemoeid. En tenslotte is er [de VIPP GGZ](#) waar 50 miljoen euro in gaat zitten. Naar nu blijkt zijn de doelen voor het eerste traject van VIPP1 dat tot 1 juli 2018 liep bij lange na niet gehaald. Remedie: verplaats de doelpalen en verleng het eerste traject naar 1 december 2018. Je kon er eigenlijk ook min of meer op wachten dat dit zou gebeuren. De eerste tekenen bij aanvang waren niet bepaald gunstig omdat bij een nulmeting eigenlijk al bleek dat zeer veel ziekenhuizen [zich helemaal niet bezig hielden](#) met wat het ministerie met VIPP voor ogen had.

VIPP1

Waar staat de afkorting VIPP voor? Het gaat om het Versnellingsprogramma Informatieuitwisseling Patiënt en Professional (VIPP). Het doel van dit programma is het stimuleren van elektronische gegevensuitwisseling tussen

zorgaanbieder en patiënt en tussen zorgaanbieders onderling onder de noemer van eHealth. De regeling stimuleert het verschaffen van behandelinformatie aan de patiënt via elektronische portalen en downloadbare Pdf-bestanden. Er zijn [verschillende modules bedacht](#). Zo moet module A bevorderen dat de patiënt hetzij via een downloadbaar bestand (bijv. pdf-formaat) hetzij via een patiëntenportaal inzage kan krijgen in de voornaamste medische gegevens. Daarnaast is er een module B bedacht waarmee men wil stimuleren dat het ziekenhuis een actueel overzicht van medicatie biedt als onderdeel van het medicatieproces in klinische en poliklinische setting.

Deadline

Voor [de modules A1 en B1](#) had men 1 juli 2018 als deadline bedacht. Met A1 moesten ziekenhuizen in staat zijn patiënten minimaal een download van medische gegevens te bieden en met B1 een actueel overzicht van medicatie bieden als onderdeel van het medicatieproces in klinische en poliklinische setting. Dat het slecht ging was al te zien in de VIPP-monitor die begin april 2018 al [bedroevend slechte cijfers](#) aangaf. Het halen van de deadlines is voor de deelnemende instellingen van belang om de subsidiegelden te mogen blijven houden.

Feiten en cijfers

Op 28 juni 2018 laat [het online magazine SKIPR](#) weten dat het toch wel triest gesteld is met het halen van de deadline voor modules A1 en B1 op 1 juli 2018. Voor de audit over de module A1 meldden zich 45 van de 66 ziekenhuizen aan die meedoen aan het VIPP-programma. Voor B1 gaat het om 62 van de 66 ziekenhuizen. Overigens doen zeker niet alle 80 ziekenhuizen/ziekenhuisgroepen mee aan het VIPP1-programma mee. Van de 45 in de module A1 zijn er 18 waar de audit positief uitviel. Voor de module B1 ligt dat aantal op 16. Bedroevend lage cijfers dus.

Boterzacht

De respons op deze resultaten geeft aan dat de deadline boterzacht blijkt te zijn. De deadline voor de modules A1 en B1 schuift men gewoon op naar 1 december 2018. **Als de doelpunten niet gescoord worden verplaatst men simpelweg de doelpalen.** [Op SKIPR](#) is te lezen dat VWS gezegd heeft dat de deadline te strak gesteld was, dat er sprake is van een te grote afhankelijkheid van ICT-leveranciers die eigen tijdschema's hanteren, dat er zelfs wachtlijsten zijn ontstaan voor instellingen die zich aan willen sluiten op het Landelijk SchakelPunt(LSP). Te grote afhankelijkheid van ICT-leveranciers in de vorm van een vendor-lockin wordt gesignaleerd.

Organisch versus gepusht

Wat met deze materie duidelijk wordt is dat de ICT-ontwikkeling in de zorg niet gebaat is met enorm gepush van ontwikkelingen, maar eerder gebaat is bij organische groei. Heel langzaam gaat bij diverse betrokken partijen duidelijk worden dat veel subsidiegelden via de deelnemers linea recta richting ICT-leveranciers vloeit, zonder dat de instellingen er zelf veel wijzer van worden, zowel financieel als qua functionaliteit.

Relletje

Heel gemakkelijk is trouwens dat bij de VIPP GGZ-regeling die in de maak is, er openlijk gemor is vanuit GGZ-Nederland, de werkgeversorganisatie in de Geestelijke GezondheidsZorg(GGZ). Het [ministerie van VWS](#) heeft in de aanvankelijke subsidiegedachten in het kader van VIPP-GGZ opeens allerlei voorwaarden voor het voldoen aan MedMij-protocollen geschoven. Deze protocollen voorzien erin dat het via een stelsel van afspraken mogelijk is om de patiënt zorgdata zelf te opteëren in zogenaamde persoonlijke GezondheidsOmgevingen (PGO's). GGZ Nederland blijkt daar duidelijk "not amused" over te zijn en heeft dat [openlijk aan het ministerie van VWS laten weten](#). Het ervaart dat als een forse verzwaring van de voorwaarden.

VWS predikt eHealth-revolutie. D-G Gerritsen doet oproep tot guerrilla patiënten



Grote, revolutionaire, woorden uit de mond van directeur-generaal Erik Gerritsen van het ministerie van VWS zijn te lezen op de website [IBestuur Online](#) in een [artikel](#) dat op 3 augustus 2017 verscheen. Onder de titel: “Erik Gerritsen: “Ik roep patiënten op tot guerrilla!” was het artikel al gepubliceerd in [het julinummer](#) van het doorgaans rustieke, papieren magazine met die naam. Het is een soort taalgebruik dat doorgaans niet uit de mond van leidinggevenden van een ministerie op t te tekenen valt. De wanhoop druipt van de tekst af. Wanhoop, omdat het ministerie van VWS al enkele jaren met veel geld en energie hoog inzet op eHealth, terwijl het in de praktijk allemaal maar niet wil vlotten. Een stimuleringsprogramma, [genaamd VIPP](#), a raison van 105 miljoen

euro is één van de laatste grote eHealth-uitgaven van het ministerie van VWS. Bij het lezen van de eHealth-monitors van Nictiz en NIVEL van de afgelopen jaren valt die stagnatie duidelijk op. Alleen al aan de koptekst is het af te lezen. Die van 2015 had als motto "[Tussen vonk en vlam](#)", die van 2016 "[Meer dan techniek](#)". Telkens maar weer praat men over stimuleren en aanjagen, terwijl ook al sprake is van enige pressie richting zorgaanbieders en beroepsorganisaties. Nu zijn blijkbaar de patiënten, waar het allemaal voor bedoeld is, aan de beurt. Op een zeer beperkte groep na wil eHealth echt niet zo vlot indalen bij diegenen waar alle zorginspanningen voor bedoeld zijn.

Niet vreemd

Het is helemaal niet zo vreemd dat eHealth niet die vlucht kent die VWS uitstippelde. De zorg kenmerkt zich nu eenmaal door persoonlijke contacten waar in vertrouwen informatie tussen patiënt en zorgaanbieder uitgewisseld wordt. ICT-toepassingen vervullen die rol nu eenmaal niet of nauwelijks. Geleidelijk krijgt de ICT een beperkte plaats binnen de zorg. Die geleidelijkheid laat zich echter niet of nauwelijks versnellen door stimuleringsprogramma's. De patiënt moet het namelijk willen en het kunnen. Het moet daar "landen" voor het een grote vlucht kan nemen.

Voorbeeld van een dood paard



In het interview komt als voorbeeld van een heel wenselijke vorm van eHealth het beeldbellen(=zorg op afstand =telezorg=TV-foon) weer ter sprake. Dat wordt al meer dan tien jaar gestimuleerd door VWS en diverse organisaties in de zorg. Het blijkt alleen op kleine schaal te werken. Bij breed uitrollen doet zich het probleem voor dat de haalbaarheid omgekeerd evenredig is met de schaalgrootte. Noch geld, noch

enthousiasme van implementeerders hebben daar iets aan kunnen veranderen. Ik schreef er op 5 november 2015 al [een artikel](#) over. Het beste advies wat men kan geven "when riding a dead horse" is "to dismount the dead horse" en niet "to whip the dead horse"

Opschalen

Directeur-generaal Erik Gerritsen ziet het probleem vooral in het opschalen van allerlei initiatieven. Hij ziet het niet zozeer als een technisch probleem, maar als een veranderkundige(sic!!)opgave. Hij ziet de eHealth-toepassingen wel groeien, maar nog steeds in de marge. Het wil maar geen regulier zorg worden. Op het ministerie groeit het besef dat ook al is de financiering uitgevogeld, het breed uitrollen van eHealth toch wel erg weerbarstig blijft. Daar wil Gerritsen nu verandering in aanbrengen door de patiënt in te schakelen.

MedMij

Het ministerie van VWS heeft zeer recent vrij veel subsidie en energie gestoken in de ontwikkeling van MedMij, een set technische standaardisatieafspraken waarmee de systemen van zorgaanbieders over drie á vier jaar gegevens kunnen uitwisselen met elke MedMij-gecertificeerde app waarin een patiënt zelf zijn gegevens bijhoudt. Dat is nu technisch nog niet mogelijk. Hij ziet de bui nu al hangen dat ook die toepassing straks maar marginaal gebruikt gaat worden.

Oproep tot guerrilla

Waartoe roep Erik Gerritsen op: *"Guerrilla van patiënten, dat hebben we nodig! Ik hunker naar de eerste patiënt die bereid is op de voorpagina van de Telegraaf te verklaren dat ze van huisarts is veranderd omdat de vorige geen digitale consulten deed."*

Hij wil dat patiënten zeggen: *"En ik wil een huisarts die digiconsulten aanbiedt, want anders moet ik vrij nemen en dat*

kost me weer een halve dag. Wij blijven er bij VWS natuurlijk ook aan sleuren, maar veranderen gaat sneller als patiënten het zelf ook niet meer pikken."

Geforceerd

De oproep van Erik Gerritsen is de zoveelste poging van het ministerie van VWS om eHealth enig momentum te geven. Deze poging kan niet anders dan als geforceerd, gewild en vreemd worden gekarakteriseerd en niet passend uit de mond van een topambtenaar van VWS.

W.J. Jongejan

Duidelijk bewijs door VZVZ zelf voor staatssteun LSP met VIPP-subsidie



[Op 3 maart 2017 schreef ik op deze website een artikel over het VIPP-subsidieprogramma.](#) Daarin beargumenteerde ik waarom dit te beschouwen was als ongeoorloofde staatssteun aan het Landelijk SchakelPunt(LSP. Het gaat om het

Versnellingsprogramma Informatieuitwisseling Patiënt en Professional (VIPP). Daarin geeft de minister beleidsregels voor het subsidiëren van ziekenhuizen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) voor het stimuleren van elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder en patiënt en tussen zorgaanbieders onderling. Dat alles onder de noemer van eHealth. De regeling stimuleert het verschaffen van behandelinformatie aan de patiënt via elektronische portalen en downloadbare pdf-bestanden, maar deze regeling stimuleert daarnaast het zo aanpassen van de ICT-systemen in ziekenhuizen dat deze naadloos op het LSP aansluiten. Het programma is zeer listig opgezet, omdat dit het LSP aan de zijkant, aan de ziekenhuiskant, steunt. In de subsidiehandleiding was enige moeite gedaan om de relatie met het LSP te maskeren. Nu is er meer duidelijkheid. [De Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie \(VZVZ\), verantwoordelijk voor het LSP, houdt op 8 juni aanstaande een bijeenkomst in het NBC-congrescentrum in Nieuwegein met als onderwerp "LSP-gebruik en -beheer in ziekenhuizen"](#). Hieruit blijkt zonneklaar dat er een evidente en betekenisvolle relatie is tussen het VIPP-subsidieprogramma en het LSP, waardoor het een ongeoorloofde vorm van staatssteun is. Ongeoorloofd omdat de Eerste Kamer in 2011 de minister van VWS per motie opdroeg alle beleidsinhoudelijke, financiële en organisatorische medewerking aan de ontwikkeling van het LSP te beëindigen. In 2012 onderschreef de minister dat. Voor kenners van het LSP-dossier is het zonneklaar dat onder de oppervlakte VWS nog steeds sturend en faciliterend optreedt t.a.v. het LSP

Doel

Het doel van de bijeenkomst is om het LSP-gebruik en beheer binnen ziekenhuizen te bevorderen en te verbeteren. Het programma van de dag bestaat uit drie blokken.

1. Technisch beheer. Daarin wordt door VZVZ onder andere een presentatie gehouden over het

- ziekenhuis als bronsysteem voor het LSP
2. Kijkje in de toekomst. Daarin geeft VZVZ aan waar ze nu staat en welke visie zij voor de toekomst heeft. Ook de status van nieuwe ontwikkelingen en het opt-in-toestemming van de patiënt vragen komt aan de orde.
 3. Vanuit het ziekenhuis. Daarin komt het batch-gewijs aanvragen van patiëntgegevens ter sprake **EN geeft Maarten Fischer, beleidsadviseur ICT/EPD van de NVZ, een presentatie over het VIPP-project. Dat is datgene wat met het VIPP-subsidieprogramma uitgevoerd wordt in de ziekenhuizen.**

Ongeoorloofde staatssteun

Het VIPP-subsidieprogramma is bij zorgvuldige bestudering van de subsidiehandleiding gemaakt om aan de ziekenhuiskant de aansluiting op en het gebruik van het LSP fors te faciliteren. Het programmaonderdeel, dat VNZ presenteert op een bijeenkomst die door VZVZ georganiseerd wordt op 8 juni, geeft nu duidelijk aan dat er een evidente relatie is tussen het VIPP-subsidieprogramma van het ministerie van VWS en het LSP.

De 105 miljoen euro, die in het VIPP-programma in drie jaar tijd richting ziekenhuizen en de NVZ gaat, is en blijft gewoon een vorm van ongeoorloofde staatssteun.

W.J. Jongejan

Politisering LSP door 105 miljoen euro verkapte staatssteun van VWS



Met een subsidiebesluit van minister Schippers van VWS, dat in december 2016 gepubliceerd is en waarmee een totaalbedrag van 105 miljoen euro is gemoeid, stimuleert zij verkapt het gebruik van het Landelijk SchakelPunt(LSP). Het gaat om het Versnellingsprogramma Informatieuitwisseling Patiënt en Professional (VIPP). Daarin geeft de minister beleidsregels voor het subsidiëren van ziekenhuizen en de Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen(NVZ) voor het stimuleren van elektronische gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder en patiënt en tussen zorgaanbieders onderling onder de noemer van eHealth. De regeling stimuleert het verschaffen van behandelinformatie aan de patiënt via elektronische portalen en downloadbare Pdf-bestanden, maar deze regeling stimuleert ook het zo aanpassen van de ICT-systemen in ziekenhuizen dat deze naadloos op het LSP aansluiten. De opzet is zeer listig, omdat het subsidieprogramma niet rechtstreeks het LSP financieel steunt, maar wel aan de zijkant die onderdelen waar de functionaliteit stagneert. Eerder publiceerde ik een artikel over het MedMij samenwerkingsprogramma dat ook door VWS betaald wordt en dat ook via de zijlijn het LSP-gebruik stimuleert. In een pilot met MedMij vindt bovendien een soort koppelverkoop plaatst waarbij de mogelijkheid om een patiënt inzage te geven in de Professionele Samenvatting van eigen zorgdata bij de huisarts gekoppeld zit aan de verplichting om

dan eerst een opt-in-toestemming voor die data te geven. MedMij wordt in de VIPP-subsidieregeling ruim 15 keer genoemd. De samenhang is dan ook wel duidelijk.

Geschiedenis

Toen in april 2011 het wetsvoorstel 31466 van de minister van VWS in de Eerste Kamer(EK) unaniem was weggestemd, nam de EK ook [een motie X van mevrouw Tan aan](#). Daarin verzocht de EK de regering alles te doen wat in haar vermogen lag om verdere beleidsinhoudelijke, financiële en organisatorische medewerking aan de ontwikkeling van het LSP te beëindigen. De minister van VWS liet [in een Kamerbrief van 23 mei 2012](#) weten dat zij daaraan gehoor gaf. Elke bemoeienis aan het LSP, hetzij direct, hetzij indirect, is daarom op te vatten als staatssteun aan het LSP.

VIPP

Het stimuleringsprogramma VIPP wil de toegankelijkheid voor de patiënt van zijn/haar medische gegevens verbeteren door het stimuleren van ICT-aanpassingen. Daarbij kiest mijns inziens de minister bewust voor de ziekenhuizen, omdat met de huidige functionaliteit van het LSP in de tweede lijns-zorg zeer weinig mogelijk is. Het is onder kenners ook overduidelijk dat ziekenhuissystemen zeer matig zijn ingericht ten aanzien van de communicatie met de buitenwereld. Op dit moment kunnen uitsluitend op spoedeisende hulp-afdelingen medicatieoverzichten opgevraagd worden via het LSP. De eerste lijn stimuleert de minister bewust niet, omdat daar al met Nictiz-standaarden via het LSP gecommuniceerd wordt. Kanttekening daarbij is wel dat communicatie van huisartsgegevens al jaren nauwelijks loopt, omdat slechts één derde van de Nederlanders dat ziet zitten, maar technisch kan het.

Modules

In de vorm van een aantal modules waarvoor ziekenhuizen subsidie kunnen krijgen wil de minister met module **A** bevorderen dat de patiënt hetzij via een downloadbaar bestand(bijv. pdf-formaat) hetzij via een patiëntenportaal inzage kan krijgen in de voornaamste medische gegevens. Daarnaast is er een module **B** waarmee men wil stimuleren dat het ziekenhuis een actueel overzicht van medicatie biedt als onderdeel van het medicatieproces in klinische en poliklinische setting. [Uit een recente nulmeting is gebleken hoe weinig de ziekenhuizen op het gebied van module B doen.](#)

Medicatieoverzichten

Nergens in het VIPP-besluit is het woord LSP of zorginfrastructuur te vinden. Toch is er wel degelijk een overduidelijke link naar het LSP met de daarmee verbonden AORTA-infrastructuur terug te vinden in het gebruik van standaarden die voor LSP of AORTA gebruikt worden. In de programma-uitleg van module B2 spreekt de minister over de standaard medicatieproces v6.12.2 of nieuwer. Dat komt terug in de subsidievoorwaarden voor de modules **A3**, **B1** en **B2**. De standaard medicatieproces v6.12.2 is [een uniek onderdeel van de AORTA-standaard "HL7v3-implementatiehandleiding medicatieoverzicht"](#). Ook de in het besluit genoemde [standaard medicatieproces v9.01 is er één die door Nictiz specifiek voor het LSP-gebruik gemaakt is.](#) Nog duidelijker is de link met het LSP in [het Handboek VIPP-eindtoets](#) van het ministerie. In bijlage 1 ervan staat het begrip "LSP regio" uitgelegd. In de tekst, in de uitleg van de twee groepen eisen voor module **B1** op bladzijde 9 van het handboek staat "- regio-toestemming"(LSP is hier bewust weggelaten), naast "opt-in" voor het opvragen van medicatiegegevens en het aantal keren dat medicatiegegevens zijn opgevraagd. Het zijn zaken, die uitsluitend te maken hebben met LSP-gebruik. Concluderend kan gesteld worden dat de modules **B1** en **B2** van de subsidieregeling als doel hebben het LSP-gebruik te stimuleren dan wel te verbeteren.

In het veld heeft men zeer wel door dat met VIPP het LSP-gebruik ondersteunt gaat worden. [EZDA](#), een organisatie die in de regio Amsterdam-Amstelland de aansluiting van huisartsen en apothekers op het LSP begeleidt, [meldt op de website in een nieuwsbrief onder de LSP-wetenswaardigheden het VIPP-programma](#). Ook [het bedrijf VIR-E-care Solutions](#) dat software maakt voor de revalidatiezorg heeft [een FAQ-lijst gemaakt heeft voor het gebruik van het VIPP-subsidieprogramma vermeldt duidelijk de relatie tussen het LSP-gebruik en dat programma](#).

VZVZ

Tekenend is bovendien dat op de website van de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), die verantwoordelijk is voor het LSP, geen enkele verwijzing naar het subsidieprogramma staat. Anders is men altijd er als de kippen bij om positief nieuws te melden over het LSP, zoals uitgebreide free publicity in het damesblad Margriet. Men heeft bij VZVZ zeer wel door dat het VIPP-programma publicitair nogal riskante kanten heeft voor VZVZ.

Controle ontdoken

De minister heeft er bewust voor gekozen om het VIPP-programma niet bij [het Bureau ICT Toetsing\(BIT\)](#) aan te melden. Dit na vele overheidsdebacles op het gebied van ICT in september 2015 opgerichte bureau moet ingeschakeld worden als ICT-projecten van ministeries een ICT-component van meer dan 5 miljoen euro hebben. Het VIPP-programma gaat met de 105 miljoen euro ruim over die grens heen. [In antwoorden op Tweede Kamervragen van het Kamerlid Oosenbrug](#) aan de minister is duidelijk te lezen dat de minister bewust gekozen heeft voor een subsidieregeling met resultaatverplichting waardoor zij formeel niet onder de norm het BIT valt. Door een semantische kwestie hoeft iets niet wat wel gemoeten had. [Zie ook mijn eerdere artikel hierover](#).

Randen

Overduidelijk is nu dat de minister van VWS in naam niet meer het LSP rechtstreeks stimuleert of subsidieert, maar wel indirect aan de randen. Met name doet ze dat aan die kanten die (nog) niet van de grond gekomen zijn en die de functionaliteit van het LSP belemmeren. Wat nu gebeurt met subsidieprogramma VIPP en met MedMij is een duidelijke vorm van verkapte staatssteun aan het LSP en dus ook politiek gezien zeer laakbaar handelen.

W.J. Jongejan

Minister Schippers omzeilt toetsing van VIPP- stimuleringsregeling



[De minister van VWS, Edith Schippers heeft op 14 december 2016, het VIPP-stimuleringsprogramma het licht doen zien.](#)

Daarmee subsidieert zij ziekenhuizen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen(NVZ) om de elektronische gegevensuitwisseling tussen patiënt en zorgaanbieder te stimuleren. VIPP staat Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional. Daarmee is in drie jaar tijd 105 miljoen euro gemoeid. Alle projecten bij de rijksoverheid, die met een IC-component van meer dan van vijf

miljoen euro overstijgen moeten sinds september 2015 aangemeld worden bij [het Bureau ICT Toetsing\(BIT\)](#). Deze tijdelijke instantie is opgericht [na het onderzoek van de commissie Elias](#), die ingesteld was na een aantal forse debacles met ICT-projecten bij de overheid. Het BIT beoordeelt of ICT-projecten in de huidige opzet kans van slagen hebben of anders moeten worden ingericht. [Uit beantwoording van Kamervragen over de slechte beveiliging van beveiliging van ziekenhuiswebsites die gesteld zijn door het Tweede kamerlid Oosenbrug](#), blijkt dat de minister door het kiezen voor de term subsidieprogramma met resultaatverplichtingen controle door het BIT omzeilt.

Tekst

Wat zegt de minister in het antwoord op vraag 10, waarin mevrouw Oosenbrug vraagt waarom het VIPP-subsidieprogramma niet aangemeld is bij het BIT?

“Ik heb voor de komende drie jaar € 35 mln. per jaar beschikbaar gesteld, zodat patiënten binnen drie jaar op een veilige en gestandaardiseerde manier over hun medische gegevens kunnen beschikken en deze kunnen inzetten voor zelfzorg of om met andere medische professionals te delen. Dit is vastgelegd in de subsidieregeling ‘Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP)’, waar ziekenhuizen resultaatverplichtingen moeten halen om de subsidie te verkrijgen. Het VIPP-programma valt in die hoedanigheid buiten scope van het Bureau ICT-Toetsing en hoeft ook niet op het Rijks ICT-dashboard geplaatst te worden. Bij de resultaatverplichtingen is opgenomen dat er bij het uitwisselen van persoonsgegevens gebruik gemaakt moet worden van veilige authenticatiemiddelen, van een adequaat hoog betrouwbaarheidsniveau. De digitale gegevensuitwisseling die gerealiseerd wordt moet vanzelfsprekend aan de wettelijke kaders rondom privacybescherming en gegevensuitwisseling voldoen.”

Semantiek

Het is dus in de ogen van de minister zo dat als je het maar een subsidieregeling noemt met resultaatverplichting het niet nodig is om het BIT in te schakelen. Zo omzeilt zij een kritische beoordeling van de forse uitgave. Bij het verschaffen van 105 miljoen euro steun aan ziekenhuizen om de informatieuitwisseling tussen patiënt en professional en van zorgprofessionals onderling ([Onderdelen B1 en B2 van het subsidieprogramma](#)) te stimuleren, is er toch wel sprake van een majeure uitgave van het ministerie op ICT-gebied. Het is dan ook een semantische kwestie geworden namelijk: hoe je zo'n grote uitgave noemt. Door het vermijden van het woord "project" lijkt het niet binnen de aanmeldingseisen van het BIT te vallen, althans volgens de minister.

BIT

Los van het aanmelden van ICT-projecten door ministeries kan het BIT eigenstandig een onderzoek starten. Ook de Tweede kamer is gerechtigd om beoordeling door het BIT aan te vragen. De vraag is natuurlijk of het BIT in deze zaak voornemens is de minister op de vingers te tikken door zelf onderzoek te verrichten. Gaat het BIT alsnog bijten? Daarnaast is het de vraag of Tweede Kamerleden, eventueel wakker geworden door het antwoord op de Kamervragen van mevrouw Oosenbrug, nadere actie gaan ondernemen door het stellen van vervolgvragen dan wel het aanvragen van een beoordeling door het BIT.

Controversieel

Door op de bovengenoemde wijze te handelen lijkt het erop dat het VIPP-programma niet door al te kritische ogen gezien mocht worden. Inhoudelijk is er over het programma het nodige op te merken. Later deze week zal ik daarop terugkomen.

W.J. Jongejan