



**RAAD VAN
DE EUROPESE UNIE**

**Brussel, 4 mei 2004 (30.03)
(OR. fr)**

9185/04

**SAN 78
TELECOM 91**

INGEKOMEN DOCUMENT

van: de Europese Commissie
ingekomen: 3 mei 2004
aan: de heer Javier SOLANA, secretaris-generaal/hoge vertegenwoordiger
Betreft: Mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio's E-gezondheidszorg – een betere gezondheidszorg voor de burgers van Europa: een actieplan voor een Europese ruimte voor e-gezondheidszorg

Hierbij gaat voor de delegaties Commissiedocument COM (2004) 356 definitief

Bijlage: COM (2004) 356 definitief



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 30.4.2004
COM (2004) 356 definitief

**MEDEDELING VAN DE COMMISSIE AAN DE RAAD, HET EUROPEES
PARLEMENT, HET EUROPEES ECONOMISCH EN SOCIAAL COMITÉ EN HET
COMITÉ VAN DE REGIO'S**

**e-Gezondheidszorg – een betere gezondheidszorg voor de burgers van Europa: Een
actieplan voor een Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg**

{SEC(2004)539}

**MEDEDELING VAN DE COMMISSIE AAN DE RAAD, HET EUROPEES
PARLEMENT, HET EUROPEES ECONOMISCH EN SOCIAAL COMITÉ EN HET
COMITÉ VAN DE REGIO'S**

**e-Gezondheidszorg – een betere gezondheidszorg voor de burgers van Europa: Een
actieplan voor een Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg
(Voor de EER relevante tekst)**

1.	Inleiding.....	4
2.	De uitdagingen en verwachtingen waarmee de gezondheidszorg in Europa wordt geconfronteerd en de rol van e-gezondheidszorg	5
2.1.	e-Gezondheidszorg: systemen en diensten ten behoeve van de gezondheidszorg	7
2.2.	De zorgconsument de teugels in handen geven: patiënten en gezonde burgers	8
2.3.	Ondersteuning van de zorgwerkers.....	8
2.4.	Ondersteuning van de instanties en managers in de gezondheidszorg	9
2.5.	e-Gezondheidszorg: de op twee na grootste sector in de Europese gezondheidszorg	11
3.	De stand van zaken	11
3.1.	Voorbeelden van e-gezondheidszorg en de voordelen daarvan.....	11
3.2.	Grote uitdagingen voor een grootschaliger implementatie.....	14
4.	Op weg naar de Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg: aspecten en acties	17
4.1.	Actieplan.....	18
4.2.	Gebied 1: Een aanpak voor gemeenschappelijke uitdagingen.....	18
4.2.1.	Leiderschap voor zorginstanties	18
4.2.2.	Interoperabiliteit van zorginformatiesystemen	19
4.2.2.1.	Patiëntidentificatoren	19
4.2.2.2.	Interoperabiliteit van elektronische medische dossiers	19
4.2.3.	Mobiliteit van patiënten en zorgwerkers	19
4.2.4.	Bevordering van infrastructuur en technologieën.....	20
4.2.5.	Conformiteitstests en accreditatie voor een e-gezondheidszorgmarkt	21
4.2.6.	Investeringen met een hefboomeffect.....	21
4.2.7.	Juridische en regelgevingsaspecten	21
4.3.	Gebied 2: Proefprojecten: nuttige toepassing versnellen.....	22
4.3.1.	Informatie voor burgers en overheid over gezondheidseducatie en ziektepreventie..	22

4.3.2.	Naar geïntegreerde zorginformatienetwerken	23
4.3.3.	Stimulering van het gebruik van kaarten in de gezondheidszorg	23
4.4.	Gebied 3: Samenwerking en monitoring van de praktijk	24
4.4.1.	Verspreiding van optimale praktijken.....	24
4.4.2.	Benchmarking.....	24
4.4.3.	Internationale samenwerking.....	25
5.	Conclusies.....	25
	BIJLAGE	27

1. INLEIDING

e-Gezondheidszorg is een belangrijke zaak waarmee de toegang tot de gezondheidszorg kan worden verbeterd en de kwaliteit en effectiviteit van de aangeboden diensten kunnen worden opgevoerd. e-Gezondheidszorg beschrijft de toepassing van informatie- en communicatietechnologie binnen het hele scala van functies die gevolgen hebben voor de zorgsector.

Tot de gereedschappen of oplossingen voor e-gezondheidszorg behoren producten, systemen en diensten die meer zijn dan gewoon op internet gebaseerde toepassingen. Hieronder vallen zowel instrumenten voor de instanties en het personeel in de gezondheidszorg als gepersonaliseerde zorgsystemen voor patiënten en burgers. Voorbeelden zijn zorginformatienetwerken, elektronische medische dossiers, telegeneeskunde-diensten, persoonlijke op het lichaam draagbare en verplaatsbare communicatiesystemen, portaalsites voor gezondheid en veel andere instrumenten op basis van informatie- en communicatietechnologie voor de ondersteuning van preventie, diagnose, behandeling, gezondheidsmonitoring en lifestyle management.

Wanneer e-gezondheidszorg wordt gecombineerd met organisatorische veranderingen en de ontwikkeling van nieuwe vaardigheden, kan dit bijdragen tot betere zorg voor minder geld binnen zorgstelsels waarin de burger centraal staat. Dit houdt een reactie in op de belangrijkste uitdagingen waarmee de gezondheidszorg – waarin 9% van Europa's beroepsbevolking werkt – momenteel wordt geconfronteerd.

e-Gezondheidszorg is vandaag een gereedschap voor een aanzienlijke productiviteitswinst en morgen een instrument voor **geherstructureerde zorgstelsels waarin de burger centraal staat** waarbij tevens de diversiteit van de multiculturele en meertalige tradities in de gezondheidszorg van Europa wordt gerespecteerd. Er zijn veel voorbeelden van succesvolle ontwikkelingen op het gebied van e-gezondheidszorg, zoals zorginformatienetwerken, elektronische medische dossiers, telegeneeskunde-diensten, draagbare en verplaatsbare monitoringsystemen en portaalsites voor gezondheid. Ten minste vier op vijf Europese artsen hebben tegenwoordig een internet-aansluiting en een kwart van de Europeanen gebruikt het internet voor zorginformatie.

De onderzoeksprogramma's van de Europese Gemeenschap hebben de afgelopen vijftien jaar steun gegeven aan e-gezondheidszorg. De hiervoor uitgetrokken cofinanciering is sinds begin jaren '90 opgelopen tot 500 miljoen euro en het totale budget tot ongeveer twee keer dit bedrag. Veel onderzoekresultaten zijn nu getest en in de praktijk gebracht. Hierdoor heeft Europa een leidende positie gekregen bij het gebruik van elektronische medische dossiers in de eerstelijnszorg en de toepassing van (slimme) zorgpassen. Deze ontwikkelingen hebben bijgedragen tot het ontstaan van een nieuwe "e-gezondheidszorg-industrie" die wellicht zou kunnen uitgroeien tot de op twee na grootste sector in de gezondheidszorg met een omzet van 11 miljard euro. Deze sector zou in 2010 goed kunnen zijn voor 5% van het totale budget voor de gezondheidszorg. Op dit moment heeft de e-gezondheidszorg-industrie in Europa – die vooral bestaat uit kleine en middelgrote ondernemingen – een concurrentievoordeel, maar er moet nog een gunstiger bedrijfsklimaat worden gecreëerd.

De lidstaten hebben laten blijken dat zij graag werk willen maken van een agenda voor e-gezondheidszorg¹, gebruikmakend van optimale praktijken en ervaring uit de hele Unie. Daardoor moeten er stappen kunnen worden gezet op weg naar een "Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg": een kader dat is gebaseerd op een breed scala van Europese beleidslijnen en initiatieven. Bij de beschrijving van deze Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg wordt gedacht aan het creëren van een kader voor gecoördineerde activiteiten en synergie op het gebied van e-gezondheidszorg, waarmee een positief klimaat wordt geschapen voor de integratie van verwant beleid op communautair niveau. Aangezien de gezondheidszorg in Europa voornamelijk in de publieke sector is ondergebracht, zijn de meeste uitdagingen en activiteiten die zijn beschreven in de mededeling over "de rol van de elektronische overheid voor de toekomst van Europa"² ook hier van toepassing.

e-Gezondheidszorg speelt een duidelijke rol in de eEurope-strategie van de Europese Unie en is cruciaal om tot een sterkere groei te komen en hooggekwalificeerde banen te creëren in een dynamische kennisgebaseerde economie – de visie die is geformuleerd door de Europese Raad van Lissabon in maart 2000³ ⁴. Om vooruitgang te boeken zullen er activiteiten nodig zijn op verschillende belangrijke beleidsgebieden, variërend van onderzoek en het opbouwen van breedbandnetwerken voor telecommunicatie tot maatregelen voor de volksgezondheid, en werkzaamheden in de lidstaten om de mobiliteit te stimuleren en de gevolgen van veroudering in Europa voor de zorgstelsels te bepalen.

2. DE UITDAGINGEN EN VERWACHTINGEN WAARMEE DE GEZONDHEIDSZORG IN EUROPA WORDT GECONFRONTEERD EN DE ROL VAN E-GEZONDHEIDSZORG

Zorgstelsels over de hele wereld worden met grote uitdagingen geconfronteerd⁵, ook al zijn er qua aard en schaal grote verschillen tussen geïndustrialiseerde en ontwikkelingslanden. Voorbeelden van deze uitdagingen voor de Unie zijn:

- een stijgende vraag naar gezondheidszorg en sociale voorzieningen vanwege een verouderende bevolking en een hoger inkomens- en opleidingsniveau. Zo zal in 2051 bijna 40% van de bevolking van de Unie ouder dan 65 jaar zijn⁶;

¹ Ministersverklaring tijdens de ministersconferentie over e-gezondheidszorg in 2003:

http://europa.eu.int/information_society/europe/ehealth/conference/2003/index_en.htm

² "De rol van de elektronische overheid voor de toekomst van Europa", 2003.

³ Europese Raad (2000), *Conclusies van het Voorzitterschap*. Europese Raad van Lissabon. 23-24 maart 2000.

⁴ COM(2002) 263 def.: *eEurope 2005: Een informatiemaatschappij voor iedereen – een met het oog op de Europese Raad van Sevilla van 21 en 22 juni 2002 in te dienen actieplan*, Brussel, 28.5.2000.

⁵ COM(2001) 723 def. van 5.12.2001: *De toekomst van de gezondheidszorg en de ouderenzorg: de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid waarborgen*; (6528/03, 20.2.2003) en *Gezamenlijk verslag van de Commissie en de Raad over de ondersteuning van nationale strategieën voor de toekomst van de gezondheidszorg en de ouderenzorg*. Binnen deze context ligt de nadruk op toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen in een verouderende maatschappij met kwalitatief hoogwaardige zorgdiensten en -stelsels bij hogere verwachtingen van de burgers en tekorten aan zorgwerkers, maar met de benodigde financiële haalbaarheid en duurzaamheid van nationale zorgstelsels in alle lidstaten op lange termijn.

⁶ Braun, A; A. Constantelou, V. Karounou, A. Ligtoet, & J-C. Burgelman (2003): *Prospecting ehealth in the context of a European Ageing Society: Quantifying and qualifying needs. Final report*, november 2003. IPTS/ESTO: Sevilla, Spanje.

- toenemende verwachtingen bij burgers die de beste beschikbare zorg willen en tegelijkertijd een afname van de ongelijkheid bij de toegang tot goede gezondheidszorg;
- een stijging van de mobiliteit van patiënten⁷ en zorgwerkers binnen een beter functionerende interne markt⁸;
- de noodzaak om de zogenaamde "ziektelast"⁹ te verlagen en om nieuwe ziekterisico's aan te pakken (bijvoorbeeld nieuwe overdraagbare ziekten zoals sars);
- de problemen die de overheidsinstanties ondervinden om de investeringen in technologie te laten aansluiten op de investeringen in de complexe organisatorische wijzigingen die nodig zijn om het potentieel daarvan te benutten;
- de noodzaak om beroepsongevallen en -ziekten te beperken, het welzijn op het werk te verbeteren en nieuwe vormen van beroepsgebonden ziekten aan te pakken¹⁰;
- het beheer van enorme hoeveelheden zorginformatie die veilig, toegankelijk en tijdig beschikbaar moeten zijn op de plaats waar ze nodig zijn en voor administratieve doeleinden efficiënt moeten worden verwerkt;
- de noodzaak om met een niet onbeperkt budget de best mogelijke gezondheidszorg te verstrekken.

Deze nadruk op e-gezondheidszorg maakt deel uit van een erkenning in ruimere zin van de toegevoegde waarde van maatregelen op het gebied van de gezondheidszorg op Europees niveau. Dit komt ook tot uiting in het communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid dat in Besluit nr. 1786/2002/EG¹¹ wordt vastgesteld. Daarnaast heeft de Commissie verdere maatregelen voorgesteld om de lidstaten te ondersteunen bij de lopende hervorming van de zorgstelsels. Monitoring en benchmarking van de vorderingen zijn nodig

⁷ De mobiliteit van patiënten komt specifiek aan de orde in een mededeling van de Commissie COM(2004) over *De follow-up van het denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie*.

⁸ Verordening (EEG) nr. 1408/71, die de wettelijke regelingen voor sociale zekerheid coördineert, is onlangs gewijzigd om de grensoverschrijdende toegang tot gezondheidszorg te stroomlijnen en te moderniseren, met name wanneer er in de lidstaat waar de patiënt woont, te lange wachttijden ontstaan. In januari 2004 heeft de Commissie een voorstel vastgesteld voor een richtlijn betreffende diensten op de interne markt (COM(2004) 2 def.), waarin een kader is opgenomen voor het aanbieden van diensten op de interne markt, met inbegrip van zorgdiensten, en voor de vergoeding daarvan door de desbetreffende instellingen voor zorgverzekering wanneer de zorg in een andere lidstaat wordt verstrekt. Tevens dient te worden opgemerkt dat de Commissie in maart 2002 een voorstel heeft ingediend betreffende de erkenning van beroepskwalificaties (COM(2002) 119 def.), waarin ook medische beroepen zijn opgenomen.

⁹ De ziektebelasting is een maat voor de gezondheid van een populatie en kwantificeert de totale effecten van ziekte in de incidentie van mortaliteit, invaliditeit en de kosten van ziekte.

¹⁰ De kosten van ongevallen op het werk en beroepsziekten liggen in de verschillende Europese lidstaten tussen 2,6% en 3,8% van het nationale bruto binnenlands product. Zie voor meer bijzonderheden de mededeling van de Commissie betreffende de praktische tenuitvoerlegging van de bepalingen van de richtlijnen inzake de gezondheid en veiligheid op het werk (COM(2004) 62 def. van februari 2004).

¹¹ Besluit nr. 1786/2002/EG van het Europees Parlement en de Raad van 23 september 2002 tot vaststelling van een communautair actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008), PB L 271 van 9.10.2002.

en de Commissie heeft voorgesteld de open coördinatiemethode op de gezondheidszorg en de ouderenzorg toe te passen¹².

Het Voorjaarsverslag 2004 biedt verdere ondersteuning voor het eEurope-actieplan 2005 en de strategie van Lissabon voor de verbetering van de gezondheidszorg en het opvoeren van de efficiëntie¹³. Hoewel krachtens artikel 152 van het Verdrag en met name lid 5 daarvan bij het optreden van de Gemeenschap op het gebied van de volksgezondheid de verantwoordelijkheden van de lidstaten op het gebied van de gezondheidszorg volledig moeten worden geëerbiedigd, kunnen andere ontwikkelingen – zoals stelsels en diensten van e-gezondheidszorg – gevolgen hebben voor de zorgstelsels.

2.1. e-Gezondheidszorg: systemen en diensten ten behoeve van de gezondheidszorg

Systemen en diensten van e-gezondheidszorg, gecombineerd met organisatorische veranderingen en de ontwikkeling van nieuwe vaardigheden, zijn cruciale ontsluitende instrumenten. Ze kunnen tot een significante verbetering leiden bij de toegang tot zorg, de kwaliteit van zorg en de efficiëntie en productiviteit¹⁴ van de gezondheidszorg. Bij een recente grootschalige inventarisatie werd nagegaan op welke zeer verschillende manieren de stelsels en ondernemingen in de verschillende lidstaten nagaan hoe de e-business-aspecten van e-gezondheidszorg cruciale aanstuurders voor verandering en productiviteitswinst kunnen worden op het gebied van bijvoorbeeld infrastructuur en de ontwikkeling van vaardigheden, interne bedrijfsprocessen, aanschafprocedures en beheer van de toeleveringsketen, marketing en verkoop, en “extended business”-functies¹⁵. Als dienstverlenende publieke sector komt ongeveer 80% van de kosten voor rekening van de personeelskosten. In zowel de oude als de nieuwe lidstaten is 75% van alle uitgaven afkomstig van publieke bronnen¹⁶.

De omvang en de complexiteit van informatie en kennis op het gebied van gezondheid zijn zodanig toegenomen dat informatieverwerking voor elke zorgorganisatie een kerntaak is. De gezondheidszorg is duidelijk een informatie-intensieve sector die steeds meer afhankelijk is van informatie- en communicatietechnologie. Deze technologieën leveren ondersteuning voor vorderingen op het gebied van medisch onderzoek, beter beheer en betere verspreiding van medische kennis en een verschuiving naar “evidence-based medicine”. e-Gezondheidszorg-instrumenten ondersteunen de bundeling, analyse en opslag van klinische gegevens in elke

¹² Zie het verslag voor de Europese Raad van voorjaar 2004: “Lissabon” waarmaken, COM(2004) 29 van 21.1.2004. De Commissie neemt deze ideeën over in een mededeling over de open coördinatiemethode op het gebied van de gezondheidszorg in 2004. De open coördinatiemethode is bedoeld om de lidstaten te helpen bij de geleidelijke ontwikkeling van hun eigen beleid en behelst de vaststelling van richtsnoeren, de vaststelling van kwantitatieve en kwalitatieve benchmarks, de vertaling van Europese richtsnoeren in nationaal en regionaal beleid en monitoring, evaluatie en peer review – zie Europese Raad (2000), *Conclusies van het Voorzitterschap*. Europese Raad van Lissabon. 23-24 maart 2000.

¹³ Verslag voor de Europese Raad van voorjaar 2004: “Lissabon” waarmaken, COM(2004) 29 van 21.1.2004.

¹⁴ Systemen en diensten van e-gezondheidszorg kunnen de kosten verlagen en de productiviteit verbeteren op gebieden als i) facturering en archivering, ii) de terugdringing van medische fouten, iii) reductie van onnodige zorg, en iv) besparingen door elektronische handel van bedrijf tot bedrijf. Zie P.M. Danzon en M. Furukawa, e-Health: Effects of the Internet on Competition and Productivity in Health Care (2001) In *The Economic Payoff from the Internet Revolution*, the Brookings Task Force on the Internet, Brookings Institution Press: Washington.

¹⁵ Stroetmann K.A. and V.N. Stroetmann (2004) *Electronic business in the health and social services sector – Sector Impact Study No. 10-I (draft)*. *The European e-business W@tch 2003/4*, Europese Commissie, Directoraat-generaal Ondernemingen: Brussel/Bonn, februari 2004.

¹⁶ Zie voetnoot 15.

vorm; informatiegereedschappen zorgen voor toegang tot de meest recente bevindingen; terwijl communicatiegereedschappen in staat stellen tot samenwerking tussen veel verschillende organisaties en zorgwerkers.

2.2. De zorgconsument de teugels in handen geven: patiënten en gezonde burgers

Zowel patiënten als gezonde burgers kunnen profiteren van een betere persoonlijke gezondheidseducatie en ziektepreventie. Ze hebben ondersteuning nodig bij het zorgen voor hun eigen ziekten, risico's – waaronder beroepsgebonden ziekten – en leefstijlen. Steeds meer mensen zoeken proactief naar informatie over hun medische toestand¹⁷. Ze willen actief worden betrokken bij beslissingen over hun eigen gezondheid en accepteren niet zonder meer de grote discrepantie ("asymmetrie") in kennis tussen henzelf en de zorgwerkers. Diensten van e-gezondheidszorg zorgen voor tijdige informatie die is toegespitst op de mensen die deze nodig hebben. Er zijn gespecialiseerde online-instrumenten beschikbaar voor gezondheidseducatie, veiligheid op het werk¹⁸ en inrichting van de leefstijl. De Commissie heeft een actieve rol gespeeld bij de vaststelling van kwaliteitscriteria voor websites met medische informatie¹⁹ en de toegankelijkheid van websites²⁰.

Er zijn momenteel ook gepersonaliseerde systemen voor de monitoring en ondersteuning van patiënten beschikbaar, zoals bijvoorbeeld op het lichaam draagbare of implanteerbare communicatiesystemen voor een continue monitoring van de harttoestand van een patiënt. Deze systemen kunnen ertoe bijdragen dat een patiënt korter of helemaal niet meer in een ziekenhuis hoeft te blijven, terwijl toch diens gezondheidstoestand wordt gevolgd.

Er is aangetoond dat toegang tot een uitgebreid en beveiligd elektronisch medisch dossier de kwaliteit van de zorg en de veiligheid van de patiënt verbetert. Hierdoor wordt een adequate behandeling van patiënten vergemakkelijkt door de zorgwerkers een betere kennis te geven over de geschiedenis van de patiënt en eerdere ingrepen door andere collega's. Als de elektronische medische dossiers interoperabel zijn en de patiënt mobiel is, kunnen daardoor ook de omstandigheden voor behandeling in andere landen van de Europese Unie worden verbeterd.

2.3. Ondersteuning van de zorgwerkers

De zorgwerkers hebben als prioriteit binnen de beschikbare middelen zorg van een optimale kwaliteit te bieden en vooral – overeenkomstig de eed van Hippocrates – daarbij de patiënt niet te schaden (*primum non nocere*). Helaas komen medische fouten echter nog steeds voor. Sommige daarvan zouden kunnen worden vermeden²¹ door een goed gebruik te maken van

¹⁷ Detmer, D.E., P.D. Singleton, A. Macleod, S. Wait, M. Taylor, and J. Ridgwell (2003), *The Informed Patient: Study Report*, Cambridge University Health, Judge Institute of Management: Cambridge, VK, maart 2003.

¹⁸ Het Europees Agentschap voor de veiligheid en de gezondheid op het werk biedt een breed scala van internet-mogelijkheden voor de preventie van ongevallen en ziekten en gedragscodes voor zowel werkgevers als werknemers. Zie <http://europe.osha.eu.int/>.

¹⁹ Mededeling over eEurope 2002: Kwaliteitscriteria voor websites met medische informatie: http://europa.eu.int/information_society/eeurope/ehealth/index_en.htm.

²⁰ COM(2001) 529. eEurope 2002: Toegankelijkheid van websites van de overheid en de inhoud daarvan: http://europa.eu.int/information_society/topics/citizens/accessibility/web/wai_2002/cec_com_web_wai_2001/index_en.htm

²¹ Silber, Denise (2003) Comment améliorer le système de santé? Harvard University Colloquium, augustus 2003. *Espace Européen*, 17 oktober, 2003.

systemen van e-gezondheidszorg die kunnen zorgen voor vitale informatie, alarmering en een ruimere beschikbaarheid van optimale praktijken, advies van deskundigen en resultaten van klinische behandeling.

Instrumenten en toepassingen van e-gezondheidszorg kunnen zorgen voor een snelle en gemakkelijke toegang tot elektronische medische dossiers op de plaats waar die nodig is. Zij kunnen diagnoses met niet-invasieve systemen op basis van beeldvormingstechnieken ondersteunen. Ze helpen chirurgen bij de planning van klinische ingrepen met de hulp van digitale patiënt-specifieke gegevens, geven toegang tot gespecialiseerde onderwijs- en opleidingsmogelijkheden en bieden radiologen de mogelijkheid beelden te bekijken waar zij willen. Het begrip werkplek krijgt hiermee een andere definitie en wordt uitgebreid. Digitale gegevensoverdracht biedt mogelijkheden voor effectievere netwerken tussen klinische instellingen in heel Europa en het creëren van een Europees netwerk van referentiecentra, zoals gepland in de mededeling over de mobiliteit van patiënten, waarin dit initiatief is opgenomen. Uit elektronische medische dossiers kan ook informatie worden geput voor onderzoek-, management-, volksgezondheid- of andere soortgelijke statistieken waarvan de zorgwerkers kunnen profiteren.

e-Gezondheidszorg kan niet alleen profijt opleveren voor de zorgwerkers, maar voor al het personeel dat in de zorgsector werkt zoals verplegend, verzorgend en administratief personeel (in 2002 waren dit 17,5 miljoen werknemers in de uitgebreide Europese Unie van 25 lidstaten of 9,3% van de totale beroepsbevolking)²². Daarnaast kan e-gezondheidszorg bijdragen tot een veiliger werkomgeving voor de zorgwerkers. (In de Europese Unie hebben de gezondheidszorg en het maatschappelijk werk een ongevalsincidentie die 30% hoger ligt dan het gemiddelde per sector geregistreerde aantal ongevallen²³. Bij de meeste ongevallen gaat het om infectieziekten en de gevaren daarvan, rugletsel en schokken en gevaren bij het gebruik van elektrische apparatuur of gassen onder druk.)

2.4. Ondersteuning van de instanties en managers in de gezondheidszorg

De instanties en managers in de gezondheidszorg zijn verantwoordelijk voor het goed organiseren en functioneren van de gezondheidszorg. Ze doen dit tegen de achtergrond van een steeds hogere begrotingsdruk en steeds hogere verwachtingen bij de patiënt. Systemen van e-gezondheidszorg kunnen een belangrijke rol spelen bij het productiever maken van de gezondheidszorg en het leveren van betere resultaten met minder middelen om zo aan deze druk het hoofd te bieden. Helaas zijn er aan de momenteel beschikbare accumulatie en verwerking van papiergebonden informatie grote beperkingen verbonden.

Een adequaat beheer van de volksgezondheid en de klinische gezondheid is alleen mogelijk op basis van uitgebreide en kwalitatief hoogwaardige administratieve en klinische gegevens. Een betere toegang tot vergelijkbaarder gegevens over aspecten van de gezondheid zou voor de instanties in de lidstaten een goede zaak zijn. Er is behoefte aan gegevens en een infrastructuur als basis daarvoor, die de instanties helpen bij samenwerking – bijvoorbeeld voor de aanpak van overdraagbare ziekten.

²² Inventarisatie beroepsbevolking 2002, gepubliceerd in 2003. Zie ook *Werkgelegenheid in Europa 2003*: http://europa.eu.int/comm/employment_social/employment_analysis/employ_en.htm.

²³ Mededeling van de Commissie: *Zich aanpassen aan de veranderingen in werk en samenleving: een nieuwe communautaire gezondheids- en veiligheidsstrategie 2002-2006*, COM(2002) 118 def., maart 2002.

Geïntegreerde en uitgebreide gegevens kunnen tijdig worden verstrekt met behulp van instrumenten van e-gezondheidszorg, zoals elektronische medische dossiers en ondersteuning voor zorgstroom-regulering. Een automatische extractie van gegevens uit elektronische zorgsystemen die functioneren overeenkomstig Europa's wettelijke voorschriften inzake gegevensbescherming en de persoonlijke levenssfeer²⁴ zou ontbrekende gegevens kunnen opleveren waarmee een goede evaluatie van de zo broodnodige middelen wordt vergemakkelijkt en een eind wordt gemaakt aan de enorme administratieve belasting door het invullen van aparte formulieren voor vergoeding: een duidelijk voorbeeld van de productiviteitswinst die via systemen en diensten van e-gezondheidszorg mogelijk is. Deze initiatieven vormen een duidelijke tendens in het streven naar de modernisering van de gezondheidszorg²⁵.

In de gezondheidszorg is er ook op Europees niveau behoefte aan meer netwerken, uitwisseling van ervaringen en gegevens, en benchmarking. Dit gebeurt onder andere onder impuls van de noodzaak van een verhoging van de efficiëntie en de toegenomen mobiliteit van patiënten en zorgwerkers bij de opkomst van een interne markt voor diensten. De situatie vereist de integratie van klinische, organisatorische en economische informatie van verschillende instellingen voor gezondheidszorg, zodat virtuele ondernemingen op het niveau van jurisdicties en daarboven worden vergemakkelijkt²⁶.

Systemen van e-gezondheidszorg kunnen managers instrumenten in handen geven door optimale praktijken te verspreiden en te helpen bij het beperken van inefficiënte en inadequate behandeling. Dit is absoluut de belangrijkste stap voor het vrijmaken van middelen en om iedereen op grote schaal toegang te geven tot kwalitatief hoogwaardige zorg. Daarnaast opent e-gezondheidszorg nieuwe mogelijkheden voor mensen die in afgelegen gebieden met beperkte zorgdiensten wonen en voor gemarginaliseerde groepen (zoals personen met uiteenlopende vormen van handicaps, ongeacht of deze meer of minder ernstig zijn^{27 28}). e-Gezondheidszorg bewijst in Europa en in de ontwikkelingswereld nu al dat zij voor een platform kan zorgen voor telegeneeskunde-diensten zoals teleconsulten (medische second opinion), telemonitoring en telezorg, zowel thuis als in het ziekenhuis^{29 30}.

²⁴ Richtlijn 95/46/EG inzake gegevensbescherming (PB L 281 van 23.11.1995).

²⁵ Voorjaarsverslag 2004: "Lissabon" waarmaken, COM(2004) 29 van 21.1.2004.

²⁶ A. Rossi Mori. *Integrated clinical information systems: an essential resource – an opportunity for international cooperation*. Ontwerp in voorbereiding, 11 februari 2004, voor publicatie in het Swiss Medical Informatics Journal, voorjaarseditie 2004.

²⁷ Employment and Social Dimension of Information Society, werkdokument eInclusion, 2003.

²⁸ Braun, A; A. Constatelou, V. Karounou, A. Ligtoet, & J-C. Burgelman (2003) *Prospecting ehealth in the context of a European Ageing Society: Quantifying and qualifying needs. Final report*. November 2003. IPTS/ESTO: Sevilla, Spanje.

²⁹ Zie L. Beolchi (editor) (2003) *Telemedicine glossary, 5th edition, 2003 working document. Glossary of concepts, technologies, standards and users*. Directoraat-generaal Informatiemaatschappij: Brussel, België, september 2003 voor een breed scala van definities, vooral voor medisch-gebaseerde thuiszorg.

³⁰ Een aantal optimale praktijken voor teleconsulten en telezorg zijn ingediend als kandidaat voor de Conferentie over e-gezondheidszorg van 2004 en worden opgenomen in de bijbehorende tentoonstelling. Zie: <http://www.ehealthconference2004.ie> en <http://www.e-europeawards.org/>.

2.5. e-Gezondheidszorg: de op twee na grootste sector in de Europese gezondheidszorg

Volgens een recente studie³¹ is e-gezondheidszorg in opkomst als de nieuwe "industrie" naast de sectoren geneesmiddelen en medische apparatuur. In 2010 zullen de uitgaven voor e-gezondheidszorg wellicht goed zijn voor 5% van het totale budget van de 25 lidstaten voor gezondheidszorg in vergelijking met slechts 1% in 2000 (voor 15 lidstaten)³². Europese bedrijven hebben nu alle mogelijkheden om in deze nieuwe industrie wereldwijd een hoofdrol te gaan spelen.

De informatie- en communicatietechnologie heeft in de sectoren geneesmiddelen en medische apparatuur een cruciale rol gespeeld. Bij het geneesmiddelenonderzoek helpt de nieuwe technologie de wetenschappers bij het simuleren en accumuleren van gegevens uit klinische proeven en bij het testen van nieuwe theorieën. De meest recente medische apparatuur wordt uitgerust met krachtige software die hun prestaties en veiligheid ondersteunt – bijvoorbeeld via de bewaking van functies op afstand – en die de zorgwerkers en/of patiënten ondersteunt bij het nemen van beslissingen.

3. DE STAND VAN ZAKEN

3.1. Voorbeelden van e-gezondheidszorg en de voordelen daarvan

Vijftien jaar regionale, nationale en internationale O&O voor e-gezondheidszorg in Europa heeft geleid tot een groot aantal toepassingen die in verschillende lidstaten zijn geïmplementeerd³³. Er zijn vele goede voorbeelden van initiatieven op het gebied van e-gezondheidszorg op nationaal en regionaal niveau binnen de Europese Unie³⁴. Veertig van de meer dan 180 ingediende praktijkoplossingen voor e-gezondheidszorg zijn getoond tijdens de Ministersconferentie over e-gezondheidszorg in 2003. Sommige ondersteunen het gebruik van smart cards, andere zijn grootschalige zorginformatienetwerken ter ondersteuning van diensten als MEDCOM in Denemarken, EVISAND in Spanje, SJUNET in Zweden en HYGEIANET in Griekenland³⁵.

Er is bij de lidstaten een grote behoefte aan verdere activiteiten om optimale praktijken te bevorderen en ervaringen op dit gebied te delen. Momenteel verzamelt de groep Werkgelegenheids- en sociale dimensie van de informatiemaatschappij bijvoorbeeld optimale

³¹ Deloitte and Touche (2003) *eHealth. Health Information Network Europe. Eindrapport.*

³² *The European e-Business Report - 2002/2003 edition. A portrait of e-business in 15 sectors of the EU economy* – Eerste overzichtsrapport van e-Business W@tch. Luxemburg: Bureau voor officiële publicaties van de Europese Gemeenschappen, 2003. ISBN 92-894-5118-1; Empirica, SIBIS, *Benchmarking Highlights 2002: Towards the Information Society in Europe and the US*, mei 2003. Zie <http://www.empirica.biz/sibis/>.

³³ *Applications relating to health. Vijfde kaderprogramma voor onderzoek en ontwikkeling 1998-2002.* Eindrapport. Uitgave april 2003. Directoraat-generaal Informatiemaatschappij, Europese Commissie, 2003.

³⁴ De aangetoonde baten van regionale (gemeenten, provincies, streken) zorginformatiesystemen worden besproken in de gids voor de tentoonstelling tijdens de Ministersconferentie over e-gezondheidszorg in 2003.

³⁵ Silber, D (2003) *The Case for eHealth.* Ingediend tijdens de eerste conferentie op hoog niveau over e-gezondheidszorg van de Europese Commissie op 22 en 23 mei 2003. EIPA, Nederland.

praktijken voor aspecten in verband met werkgelegenheid en sociale insluiting van e-gezondheidszorg en gezondheidszorg in de kennismaatschappij³⁶.

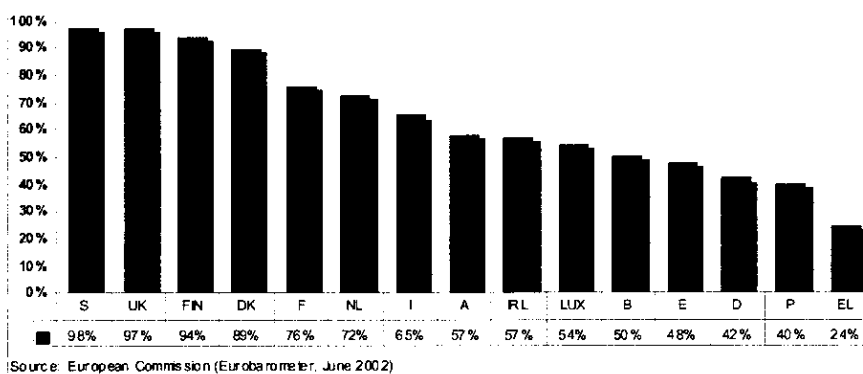
MEDCOM – Deens zorginformatienetwerk

MEDCOM verwerkt momenteel elke dag meer dan 80 000 berichten. Ziekenhuizen, apotheken en eerste-hulp-artsen zijn er voor 100% op aangesloten, huisartsen voor 90%, laboratoria voor 98%, specialisten voor 55% en gemeenten voor 20%. MEDCOM stelt ziekenhuizen in staat tot elektronische verwijzing en gegevens behoeven maar één keer te worden ingevoerd. De kwaliteit van de verwijzingen is gestegen en ontslagbrieven worden direct opgeslagen. De maandelijkse status en het aantal berichten per maand kunnen worden gevolgd op www.medcom.dk.

De eerste studies wijzen erop dat MEDCOM een aanzienlijke besparing heeft opgeleverd. Uitgedrukt in menskracht komt dit neer op 25 000 mensmaanden. Bij een gemiddeld maandsalaris van 3 350 euro betekent dit een besparing van 22,5 miljoen euro.

Naarmate de penetratie van pc's en het gebruik van het internet in Europa toeneemt, ontstaat er een kritische massa van gebruikers – huisartsen, patiënten en burgers – voor het aanbieden van online-diensten in de gezondheidszorg. Uit Eurobarometer-enquêtes is gebleken dat het percentage internet-aansluitingen bij huisartsen gestaag toeneemt³⁷. Uit de Eurobarometer-enquête van 2002³⁸ is gebleken dat gemiddeld 78% van de huisartsen in de EU online is met als hoogste percentages 98% in Zweden en 97% in het Verenigd Koninkrijk.

Internet and Health
% Medical Practices connected to the Internet. June 2002



Het gebruik van netwerken, met inbegrip van het internet, voor de verstrekking van zorg aan de patiënt neemt ook toe. In de Europese Unie van vijftien lidstaten gebruikt gemiddeld 48% van de artsen elektronische medische dossiers en gebruikt 46% het internet om gegevens van patiënten met het oog op de continuïteit van de zorg naar andere zorgverstrekkers te

³⁶ Tot op heden heeft de Groep op hoog niveau werkgelegenheids- en sociale dimensie van de informatiemaatschappij (ESDIS) vooral gekeken naar een veilig en gezond gebruik van informatie- en communicatietechnologie op het werk (SEC(2002) 372 en (SEC(2003) 652) en naar de potentiële mogelijkheden van online-zorgdiensten voor minder bevoorrechte groepen (SEC(2001) 412), ook genoemd in de in oktober 2001 door de Raad vastgestelde resolutie over e-insluiting.

³⁷ Eurobarometer 2001-2003.

³⁸ Eurobarometer, 2002 http://europa.eu.int/comm/public_opinion/.

verzenden. Een volledig interactief gebruik van het internet om zorg aan patiënten te verstrekken via bijvoorbeeld het aanbieden van consulten via e-mail (12%) of de mogelijkheid voor patiënten om online een afspraak te maken (2%) lijkt echter pas in de beginfase te zijn. Onderstaande cijfers over 2000 tot 2002 geven aan welk percentage van de Europese huisartsen op het internet was aangesloten en hoe hoog het percentage was voor het gebruik voor permanente educatie en hoe laag voor telegeneeskunde-diensten.

Eurobarometer EU-15	2000	2001	2002
Huisartsen met internet-aansluiting	44%	77%	78%
voor permanente educatie	34%	70%	72%
voor het versturen van medische gegevens van patiënten	9%	37%	46%
voor het aanbieden van telegeneeskunde-diensten	5%	7%	12%

Zorgwerkers maken steeds meer gebruik van toepassingen waardoor de door hen aangeboden diensten verbeteren en de medische risico's in Europa afnemen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om online-registers of -databanken voor de prognose van kanker en volledig geïntegreerde ziekenhuisinformatiesystemen zoals COHERENCE in Parijs, toegang tot elektronische "bibliotheken", archieven of databanken met gegevens over "evidence-based medicine", elektronische ondersteuning voor het uitschrijven van recepten om vergissingen te beperken en de kosten te drukken, en teleconsulten op het gebied van bijvoorbeeld neurologie, pathologie en psychiatrie. Andere voorbeelden van systemen die door patiënten en burgers en andere zorgconsumenten kunnen worden gebruikt, zijn toepassingen op het gebied van zeldzame ziekten, forums en diensten voor geestelijke gezondheid en telefonische en online informatiecentra voor eerstelijnszorg zoals NHS Direct in het VK.

NHS Direct Online

NHS Direct Online (<http://www.nhsdirect.nhs.uk/>), gecreëerd in 1999, geeft online-informatie over gezondheid en telefonische toegang tot een permanent bemande verpleegstershulpdienst. In ongeveer twee jaar is de website van NHS Direct Online door zes miljoen mensen bezocht. De website is sinds juli 2000 toegankelijk en geeft informatie over meer dan 70 000 fysieke plaatsen waar de National Health Service (NHS) zorgdiensten aan het publiek verstrekt. Telefonisch informatiecentra van NHS Direct sturen de mensen door naar deze fysieke kantoren. NHS Direct heeft ook op druk bezochte plaatsen 200 internetzuilen met aanraakscherm geplaatst, uitgerust met printers en toegankelijk voor rolstoelgebruikers. Deze zuilen staan bijvoorbeeld in NHS-centra, drogisterijen, bibliotheken en supermarkten. Elke zuil wordt per maand door ongeveer 300 mensen gebruikt en dit komt in totaal neer op ongeveer 60 000 gebruikers per jaar.

Dergelijke systemen geven de patiënten meer informatie over hun toestand en hun keuzemogelijkheden, zodat zij meer verantwoordelijkheid kunnen nemen voor beslissingen aangaande de gezondheidszorg. Uit de Eurobarometer-enquête van maart 2003³⁹ over bronnen van informatie over gezondheid blijkt dat 23% van de Europeanen het internet gebruikt voor

³⁹ Eurobarometer 58.0, maart 2003.

informatie over de gezondheid. Van de Europese bevolking is 41% van mening dat het internet een goede bron van informatie over gezondheid is.

3.2. Grote uitdagingen voor een grootschaliger implementatie

Ondanks de beschikbaarheid en de bewezen voordelen worden systemen en diensten van e-gezondheidszorg in de echte medische of zorgpraktijk nog niet op grote schaal gebruikt. Op veel plaatsen staat de ontwikkeling nog in de kinderschoenen en wordt deze vaak nog door subsidies voor onderzoek gefinancierd. Organisatorische veranderingen worden vaak traag ingevoerd en het kan wel twintig jaar duren voordat de implementatie voltooid is. Er rest nog een breed scala van uitdagingen voordat implementatie op grotere schaal een feit is⁴⁰.

- **Inzet en leiderschap van de zorginstanties**, met name bij financiële en organisatorische kwesties, zijn cruciaal voor een succesvolle invoering van e-gezondheidszorg. Verbetering van de manier waarop zorg wordt verstrekt, is alleen mogelijk als e-gezondheidszorg wordt gecombineerd met organisatorische veranderingen en de ontwikkeling van nieuwe vaardigheden bij de gebruikers. Meestal werd e-gezondheidszorg door de zorginstanties gezien als een prioriteit met een laag budget. Nu wordt het echter beschouwd als een belangrijk onderwerp binnen het beleid voor de volksgezondheid. Er zijn de afgelopen jaren snelle vorderingen geboekt en veel lidstaten – zoals het Verenigd Koninkrijk en Slovenië – hebben nu strategische plannen vastgesteld voor de ontwikkeling van e-gezondheidszorg. Bovendien zijn er tussen de lidstaten en tussen organisaties **organisatorische en culturele verschillen** in de manier waarop de zorg wordt verstrekt. Op het gebied van de gezondheid is de invoering van nieuwe toepassingen, technieken en geneesmiddelen meestal traag verlopen, maar in organisatorische zin heeft de introductie van informatie- en communicatietechnologie zich betrekkelijk snel ontwikkeld. Ook ziekenhuizen zullen een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling naar e-gezondheidszorg en hun betrokkenheid bij de invoering zal van essentieel belang zijn voor nieuwe vormen voor de verstrekking van zorg.
- **Interoperabiliteit van systemen voor e-gezondheidszorg**. Interoperabiliteit moet een naadloze integratie van heterogene systemen mogelijk maken. Daardoor zal er via een grote verscheidenheid aan al dan niet draadloze apparatuur veilige en snelle toegang mogelijk zijn tot vergelijkbare gegevens inzake volksgezondheid en tot informatie over patiënten die zich op verschillende plaatsen bevindt. Hiervoor is echter standaardisatie van systeemcomponenten en diensten nodig, zoals zorginformatiesystemen, zorgberichten, de architectuur van elektronische medische dossiers en diensten voor de identificatie van patiënten. Binnen de Europese normalisatie-instanties zijn de eerste stappen gezet om hier een gedeeltelijke oplossing voor te vinden, maar de invoering van interoperabiliteitsnormen voor e-gezondheidszorg is traag verlopen en bovendien moet de verwezenlijking van echte interoperabiliteit dan nog beginnen. Interoperabele oplossingen voor e-gezondheidszorg moeten ook het technisch platform voor de uitvoering van dergelijke initiatieven ondersteunen, zoals het opzetten van een Europees netwerk van

⁴⁰ I. Iakovidis (1998) Towards Personal Health Record: Current situation, obstacles and trends in implementation of Electronic Healthcare Records in Europe, In *International Journal of Medical Informatics*, vol. 52, nr. 123, blz. 105–117.

referentiecentra voor de bevordering van samenwerking tussen medische instellingen in de hele Gemeenschap⁴¹.

- **Gebruikersvriendelijkheid van systemen en diensten van e-gezondheidszorg.** Een topprioriteit voor zorgverstrekkers bij het gebruik van een systeem van e-gezondheidszorg is snelheid bij het verkrijgen van de gewenste kwalitatief hoogwaardige resultaten. Een snelle aansluiting, aansluitbaarheid en hoge snelheid zijn absoluut noodzakelijk. Hieruit blijkt nadrukkelijk hoe belangrijk het is voor breedbandverbindingen voor online-zorgdiensten en een infrastructuur voor regionale zorginformatienetwerken te zorgen⁴². Ook de configuratie van persoonlijke voorkeuren om de bruikbaarheid te waarborgen is cruciaal.
- **Gebrek aan regelgeving en versnippering van de markt voor e-gezondheidszorg in Europa.** De meeste oplossingen voor e-gezondheidszorg in de Unie zijn door kleine en middelgrote bedrijven ontworpen of intern door specifieke zorgorganisaties ontwikkeld. De kosten van ontwikkeling en specifieke aanpassing zijn opgevoerd door het ontbreken van normen en de erkenning van producten en door verschillen in de nationale regelgevingen. Dit heeft de sector e-gezondheidszorg ervan weerhouden op grotere schaal in oplossingen voor e-gezondheidszorg te investeren. In het algemeen zijn zorgstelsels sterk gereguleerd via verschillende vormen van nationale regelgeving, maar tegelijkertijd moet de rechtszekerheid bij de voorwaarden voor vergoeding van medische kosten die in een andere lidstaat worden gemaakt, worden verbeterd⁴³.
- **Vertrouwelijkheid en beveiliging.** In de eerste plaats gelden voor de **vertrouwelijkheid** en bescherming van gegevens over patiënten de algemene voorschriften van de Europese Unie inzake gegevensbescherming en de voorschriften van de wetgeving voor de persoonlijke levenssfeer inzake communicatie-infrastructuur⁴⁴. De eis van vertrouwelijkheid maakt de **beveiliging** van zorginformatiesystemen cruciaal. Er is een bepaling in de algemene richtlijn gegevensbescherming dat er voor speciale gebieden als de zorg een gedragscode moet worden gecreëerd, naar deze is nog niet uitgevoerd. Een ander belangrijk juridisch aspect is de **aansprakelijkheid** bij problemen – zoals technische storingen van het systeem, het netwerk of de verstrekking van de dienst zelf – die een patiënt ernstige schade berokkenen. Er zijn weliswaar nu geen specifieke richtsnoeren of regels inzake aansprakelijkheid, maar net als op alle andere opkomende of groeiende werkgebieden zal alleen bij een intensiever gebruik van toepassingen van e-gezondheidszorg en het functioneren van e-gezondheidszorg het potentieel volledig zichtbaar worden en een eventueel resterende rechtsonzekerheid naar voren komen⁴⁵. De

⁴¹ Deze referentiecentra komen aan de orde in een mededeling van de Commissie (COM(2004)301) over *De follow-up van het denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie*.

⁴² COM(2003) 65 def.: *Elektronische communicatie: De weg naar de kenniseconomie*.

⁴³ Artikel 23 van het voorstel voor een richtlijn betreffende diensten op de interne markt (COM(2004) 2 def.). Werkdocument SEC(2003) 900 over de toepassing van de regels voor de interne markt op zorgdiensten.

⁴⁴ Zie bijvoorbeeld de *Richtlijn gegevensbescherming* (95/46/EG, PB L 281 van 23.11.1995), de *Richtlijn elektronische handtekeningen* (99/93/EG, PB L 13 van 19.1.2000) of de *Richtlijn privacy en elektronische communicatie* (02/58/EG, PB L 281 van 31.7.2002, als vervanging van 97/66/EG).

⁴⁵ Ontwerp-werkdocument van de diensten van de Commissie: *eEurope 2002: Legal issues in eHealth*. Niet gepubliceerd.

richtlijn elektronische handel⁴⁶, die een rechtskader creëert voor het verstrekken van diensten van de informatiemaatschappij, is ook van toepassing op het verstrekken van online-zorgdiensten. De richtlijn draagt met name vanwege de daarin opgenomen clausule inzake de interne markt bij tot de benodigde rechtszekerheid en duidelijkheid voor het verstrekken van online-diensten van de informatiemaatschappij in de hele Gemeenschap. Met name de bepalingen inzake voorschriften voor informatie en transparantie, commerciële communicatie, de aansprakelijkheid van dienstverleners die als tussenpersoon optreden, en de grondbeginselen voor langs elektronische weg gesloten contracten zorgen voor hoge normen voor het verstrekken van online-diensten in alle lidstaten, waardoor ook het vertrouwen van de consument toeneemt. Verdere stappen zouden kunnen worden overwogen, als kan worden aangetoond dat een nog grotere rechtszekerheid het vertrouwen van de patiënt in diensten van e-gezondheidszorg zou verhogen. Soortgelijke garanties voor kwalificaties zouden wellicht ook nuttig zijn. Het opbouwen van **vertrouwen** is een eerste vereiste voor de ontwikkeling van een informatiemaatschappij en dit geldt waarschijnlijk meer voor e-gezondheidszorg dan waar ook. Burgers geven de voorkeur aan op maat aan hun behoeften en eisen aangepaste diensten en informatie terwijl ze weten dat hun recht op privacy wordt beschermd.

- Aspecten in verband met de **mobilititeit** van patiënten, met inbegrip van het grensoverschrijdend verkeer van goederen en diensten, waaronder diensten van e-gezondheidszorg, worden steeds belangrijker⁴⁷. In dit licht is er een Europese strategie nodig – die is opgenomen in de mededeling over de mobiliteit van patiënten – om ervoor te zorgen dat de burger gebruik kan maken van zijn recht op zorg in andere lidstaten als deze dat wenst en dat Europese samenwerking de stelsels kan helpen gezamenlijk de uitdagingen aan te pakken waarmee ze worden geconfronteerd. Verordening 1408/71 is onlangs geactualiseerd om rekening te houden met deze aspecten: deze zorgt voor een gestroomlijnd kader voor het vergoeden van kosten ten gevolge van grensoverschrijdende gezondheidszorg op basis van de tarieven en vergoedingen die gelden in de lidstaat waar de zorg wordt verstrekt. Om van deze gelijke behandeling te kunnen profiteren kan echter in bepaalde situaties (met name ziekenhuisopnames) worden toegestaan dat de instellingen voor sociale zekerheid toestemming geven voordat de zorg wordt verstrekt. In januari 2004 heeft de Commissie bovendien een voorstel vastgesteld voor een richtlijn betreffende diensten op de interne markt, waarin de grensoverschrijdende verstrekking van zorgdiensten wordt geregeld⁴⁸.
- Om implementatie op grotere schaal mogelijk te maken is een intensievere samenwerking tussen zorgverstrekkers in heel Europa nodig. De **opbouw van Europese referentienetwerken**⁴⁹ – door de werkgroep op hoog niveau voor de mobiliteit van

⁴⁶ Richtlijn 2000/31/EG van het Europees Parlement en de Raad van 8 juni 2000 betreffende bepaalde juridische aspecten van de diensten van de informatiemaatschappij, met name de elektronische handel, in de interne markt (Richtlijn inzake elektronische handel), PB L 178 van 17.7.2000, blz. 1.

⁴⁷ De mobiliteit van patiënten komt specifiek aan de orde in een mededeling van de Commissie (COM(2004) 301) over *De follow-up van het denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie*.

⁴⁸ Zie voetnoot 8. Zie tevens verschillende arresten van het Europees Hof van Justitie, zoals Kohll C-158/96 (1998) Jurispr. 1831 en Decker C-120/95 (1998) Jurispr. 1831.

⁴⁹ Deze referentienetwerken of -centra worden gezien als gespecialiseerde zorgdiensten waar patiënten uit het buitenland naar worden verwezen. Zie ook: *Communautaire actie op het gebied van de volksgezondheid (2003-2008) — Werkprogramma 2003* (2003/C 62/06), PB C 62/21 van 15.3.2003, blz. 21.

patiënten in zijn eindverslag in 2003 aanbevolen – zou dan ook kunnen zorgen voor zorgdiensten voor situaties, met name zeldzame ziekten, waarvoor een concentratie van middelen of deskundigheid nodig is. Er zullen interoperabele oplossingen van e-gezondheidszorg nodig zijn om het technisch platform te creëren voor de implementatie van een dergelijk initiatief.

- **Behoeften en belangen van gebruikers.** De toepassing van systemen en diensten van e-gezondheidszorg zou sneller verlopen als rekening werd gehouden met de behoeften en belangen van de gebruikers (zorgwerkers, patiënten en burgers). In het algemeen moeten deze beter in de ontwikkeling en stimulering van e-gezondheidszorg worden geïntegreerd.
- **Toegang tot e-gezondheidszorg voor iedereen.** Een gelijke toegang tot zorgdiensten voor alle maatschappelijke groeperingen is een belangrijke doelstelling van het beleid inzake volksgezondheid. Het risico bestaat dat sommige maatschappelijke groeperingen – zoals alleenstaanden, geïsoleerde leefgemeenschappen, bewoners van de binnenstad, personen die problemen hebben met basisvaardigheden, groepen immigranten, thuislozen, ouderen en gehandicapten – uitgesloten blijven van de mogelijkheden die e-gezondheidszorg biedt (zoals internet-gebaseerde zorgdiensten) als het tegengaan van dergelijke tendensen geen speciale aandacht krijgt. Anderzijds kan e-gezondheidszorg goede mogelijkheden bieden om aan dergelijke personen, groepen en leefgemeenschappen zorgdiensten te verstrekken.
- **Gemeenschappelijke inzichten en een gecoördineerd optreden van alle stakeholders.** Geen enkele stakeholder kan met succes op eigen houtje zonder de actieve medewerking van alle anderen voor implementatie zorgen. Elk van de stakeholders, zorginstanties, zorgwerkers, consumenten, de industrie, kan implementatie tegenhouden als deze niet als nuttig wordt gezien. Alleen via een gecoördineerd optreden van alle stakeholders kunnen we zorgen voor een succesvolle implementatie waar alle partners van profiteren, zodat er een win-win-situatie ontstaat.

4. OP WEG NAAR DE EUROPESE RUIMTE VOOR E-GEZONDHEIDSZORG: ASPECTEN EN ACTIES

e-Gezondheidszorg maakt deel uit van de eEurope-strategie van de Europese Unie en kan een belangrijke rol spelen bij het werken aan een sterkere groei en het creëren van banen waarvoor hogere kwalificaties nodig zijn binnen een dynamische kennisgebaseerde economie. Deze visie is in maart 2000 door de Europese Raad van Lissabon geformuleerd⁵⁰. Om vooruitgang te boeken zijn er maatregelen op verschillende beleidsgebieden nodig, variërend van onderzoek en het opbouwen van breedbandnetwerken op het gebied van telecommunicatie tot maatregelen op het gebied van de volksgezondheid, en werkzaamheden in de lidstaten voor de bevordering van de mobiliteit van patiënten⁵¹ en de evaluatie van de effecten van veroudering op zorgstelsels. Een aantal van de in dit document geschetste maatregelen borduurt voort op beleidsmaatregelen die worden genoemd in het eEurope-actieplan 2005 – het referentiepunt voor engagement om de informatiemaatschappij op Europees niveau vooruit te helpen – met name op het gebied van e-gezondheidszorg, e-

⁵⁰ Europese Raad (2000), *Conclusies van het Voorzitterschap*. Europese Raad van Lissabon. 23-24 maart 2000.

⁵¹ Zie de mededeling van de Commissie (COM(2004) 301) over *De follow-up van het denkproces op hoog niveau over de mobiliteit van patiënten en de ontwikkelingen in de gezondheidszorg in de Europese Unie*.

overheid, beveiliging, breedband, en ontwikkeling, analyse en verspreiding van goede praktijk.

Hoewel de ontwikkelingslanden qua aard en omvang andere behoeften voor gezondheidszorg hebben, dient er tevens te worden opgemerkt dat e-gezondheidszorg een van de resultaten was van de Wereldtop over de informatiemaatschappij van de Verenigde Naties in december 2003⁵² en dat de Wereldgezondheidsorganisatie nu bij een aantal initiatieven op het gebied van e-gezondheidszorg betrokken is.

4.1. Actieplan

Onderstaande activiteiten moeten de Europese Unie in staat stellen het volledige potentieel van systemen en diensten van e-gezondheidszorg binnen een Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg te verwezenlijken. Er zijn drie doelgebieden:

- een aanpak voor gemeenschappelijke uitdagingen en het creëren van het juiste kader voor de ondersteuning van e-gezondheidszorg,
- proefprojecten om de realisatie van e-gezondheidszorg een vliegende start te geven, en
- gemeenschappelijk gebruik van optimale praktijken en meting van de vorderingen.

4.2. Gebied 1: Een aanpak voor gemeenschappelijke uitdagingen

4.2.1. Leiderschap voor zorginstanties

De Europese ministers van volksgezondheid hebben in hun Ministersverklaring⁵³ tijdens de Ministersconferentie over de e-gezondheidszorg in 2003 al blijk gegeven van leiderschap inzake e-gezondheidszorg. De ministers hebben hun voldoening uitgesproken over initiatieven van de Commissie om de mogelijkheden voor bevordering van de coördinatie op Europees niveau te verkennen teneinde zodoende de taken en doelstellingen te halen die zijn opgenomen in het eEurope-actieplan en het Programma voor communautaire actie op het gebied van volksgezondheid (2003-2008), dat in Besluit nr. 1786/2002/EG wordt vastgesteld, en samen te werken met andere initiatieven van de Gemeenschap. Tijdens de conferentie is ook het belang benadrukt van monitoring en benchmarking van de vorderingen door de ontwikkeling van een open coördinatiemethode op dit gebied. Deze woorden moeten nu worden omgezet in daden op basis van regionale en nationale strategieën voor e-gezondheidszorg.

Uiterlijk eind 2005 moet elke lidstaat een nationaal of regionaal draaiboek voor e-gezondheidszorg ontwikkelen. Hierin moet de nadruk liggen op de realisatie van systemen van e-gezondheidszorg, de formulering van doelstellingen voor interoperabiliteit en het gebruik van elektronische medische dossiers, en moeten onderwerpen als de vergoeding van diensten van e-gezondheidszorg aan de orde komen.

⁵² Wereldtop over de informatiemaatschappij, *Verslag en Actieplan*, december 2003.

⁵³ Ministersverklaring over e-gezondheidszorg van 2003, Brussel, 22 mei 2003:
http://europa.eu.int/information_society/europe/ehealth/conference/2003/index_en.htm.

4.2.2. Interoperabiliteit van zorginformatiesystemen

De lidstaten hebben de behoefte kenbaar gemaakt aan de ondersteuning van activiteiten voor de ontwikkeling van normen voor de interoperabiliteit van verschillende systemen en diensten en aan de verkenning van met name de mogelijkheden van "open source" applicaties om deze doelstelling te verwezenlijken. In deze context wordt sterk benadrukt dat er in de toekomst normen moeten komen om interoperabiliteitsproblemen op een zodanige manier op te lossen dat alle stakeholders daarvan profiteren via de mogelijke vaststelling van "open source" referentie-implementaties voor zorgdiensten. Daarnaast moet een open en vrijere toegang tot toekomstige en bestaande normen voor e-gezondheidszorg worden aanbevolen, waarbij inspiratie kan worden geput uit modellen als het World Wide Web Consortium⁵⁴. De uitwisseling van ervaring bij het gebruik van open normen en "open source" oplossingen bij zorginstanties in de lidstaten moet worden gestimuleerd.

4.2.2.1. Patiëntidentificatoren

De noodzaak om een persoon ondubbelzinnig te kunnen identificeren is een belangrijke component van de interoperabiliteit van zorginformatiesystemen. Het eEurope-actieplan 2005 geeft al ondersteuning aan de ontwikkeling van normen voor een gemeenschappelijke aanpak voor patiëntidentificatoren en de architectuur van elektronische medische dossiers. De nieuwe Europese ziekteverzekeringskaart⁵⁵ bevat al een persoonlijk identificatienummer van de patiënt als onderdeel van de gegevens die het gebruik van de kaart voor behandeling buiten de eigen lidstaat mogelijk maken.

Uiterlijk eind 2006 moeten de lidstaten in samenwerking met de Europese Commissie een gemeenschappelijke aanpak voor patiëntidentificatoren formuleren. Hierbij moet rekening worden gehouden met optimale praktijken en ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld de Europese ziekteverzekeringskaart en identiteitsbeheer voor Europese burgers.

4.2.2.2. Interoperabiliteit van elektronische medische dossiers

Om te komen tot een naadloze uitwisseling van zorginformatie binnen heel Europa zijn er gemeenschappelijke structuren en ontologieën⁵⁶ nodig van de informatie die tussen zorginformatiesystemen wordt overgedragen.

Uiterlijk eind 2006 moeten de lidstaten in samenwerking met de Europese Commissie interoperabiliteitsnormen identificeren en schetsen voor berichten met gezondheidsgegevens en elektronische medische dossiers, waarbij rekening wordt gehouden met optimale praktijken en relevante normalisatiewerkzaamheden.

4.2.3. Mobiliteit van patiënten en zorgwerkers

Binnen de Europese Unie worden patiënten en zorgwerkers steeds mobieler. De mededeling over de mobiliteit van patiënten bevat een aantal voorstellen om de uitdagingen het hoofd te

⁵⁴ <http://www.w3.org/>.

⁵⁵ PB L van 27 oktober 2003.

⁵⁶ Een ontologie definieert de termen die worden gebruikt voor de beschrijving en representatie van een kennisgebied en die worden toegepast door mensen, databanken en toepassingen die domein-informatie moeten delen (een domein is een specifiek themagebied zoals de gezondheid of de geneeskunde). Zie <http://www.w3.org/TR/2002/WD-webont-req-20020307/>.

bieden die uit deze ontwikkeling voortvloeien. Er zijn bijvoorbeeld aanbevelingen om de uitwisseling van informatie te verbeteren en om gespecialiseerde referentiecentra voor informatie over gezondheid op te richten.

De mededeling over de mobiliteit van patiënten wordt samen met deze mededeling en de mededeling over de open coördinatiemethode ingediend als onderdeel van een algehele strategie voor de gezondheidszorg⁵⁷.

Er wordt nu al gewerkt aan een verbetering van de informatie over de mobiliteit van patiënten en de mobiliteit van zorgwerkers op Europees niveau en dit gebeurt met name via de werkgroep zorgstelsels binnen het onderdeel informatie van het programma inzake volksgezondheid.

4.2.4. Bevordering van infrastructuur en technologieën

Voortbordurend op de nadruk van eEurope op een versnelling van de opbouw van breedbandcommunicatie moet er een optimaal gebruik van breedband worden gemaakt om de systemen en diensten van e-gezondheidszorg te ondersteunen. Breedbandnetwerken hebben een grote capaciteit en kunnen ook voor een cruciale tijdsbesparing bij de toegang tot het netwerk zorgen en binnen een seconde antwoord geven op verzoeken om informatie hetgeen in de context van de gezondheidszorg vaak vitaal kan zijn. Ze kunnen zorgen voor aanzienlijk lagere kosten en betere prestaties⁵⁸. Beschikbaarheid en betaalbaarheid zijn ook van cruciaal belang voor een grootschalige toepassing. De convergentie van het service-niveau (exploitanten die naast vaste lijnen of mobiele telefonie ook diensten aanbieden) biedt nieuwe mogelijkheden voor toepassingen van e-gezondheidszorg. De overheid kan een rol spelen bij het stimuleren van zowel het aanbod van als de vraag naar breedband, terwijl financiële steun van de Gemeenschap kan bijdragen tot het beschikbaar komen van breedband in gebieden die nu nog niet voldoende aan bod komen. Programma's als eTen⁵⁹ of het nieuwe IDABC⁶⁰-programma kunnen ook een rol spelen bij de ondersteuning van applicaties van e-gezondheidszorg en zorginformatienetwerken. De activiteiten van de Commissie zullen de

⁵⁷ De open coördinatiemethode op het gebied van de gezondheidszorg komt aan de orde in de mededeling van de Commissie (COM(2004)304) met als titel *Modernisering van de sociale bescherming voor de ontwikkeling van hoogwaardige, toegankelijke en duurzame gezondheidszorg en langdurige zorg: steun aan de nationale strategieën door middel van de "open coördinatiemethode"*.

⁵⁸ GAO Highlights (2003) *Information Technology. Benefits realized for selected health care functions*. GAO-04-224, Report to the Ranking Minority Member, Committee on health, Education, Labor, and Pensions, U.S. Senate. United States General Accounting Office, USA. Zie <http://www.gao.gov/cgi-bin/getrpt?GAO-04-224>.

⁵⁹ De primaire doelstellingen van het eTen-werkprogramma zijn gericht op het gebruik van betrouwbare informatienetwerken voor gezondheid, volksgezondheid en preventie op trans-Europees niveau. Binnen eTen ligt de nadruk op elektronische zorgpassen en ziekteverzekeringskaarten als onderdeel van systemen voor vergoeding en beheer; paramedische ondersteuning; online-zorgsystemen; en thuiszorg. Prioriteiten in 2004 zijn een betere toegang voor regionale zorginstanties en zorgverstrekkers tot grensoverschrijdende gezondheidszorg via het gebruik van "slimme" identificatiepassen, elektronische medische dossiers, kosteneffectieve gezondheidszorg, toegang tot hoogwaardige medische gegevens voor noodsituaties en ondersteuning van zorginstanties bij de evaluatie van zorgbehoeften en de planning van capaciteit. Zie voor meer details: <http://europa.eu.int/eten/>.

⁶⁰ COM(2004) 13 def., 2003/0147 (COD): *Gemeenschappelijk standpunt van de Raad met het oog op de aanneming van een besluit van het Europees Parlement en de Raad betreffende de interoperabele levering van pan-Europese e-overheidsdiensten aan overheidsdiensten, ondernemingen en burgers (IDABC)*. http://europa.eu.int/eur-lex/nl/com/pdf/2004/com2004_0013nl01.pdf.

opbouw mogelijk maken van Europa omspannende computergesteunde netwerken op basis van breedbandinfrastructuur en Grid⁶¹-technologie.

Gedurende de periode 2004-2008 moeten de lidstaten steun geven aan de opbouw van informatienetwerken voor e-gezondheidszorg op basis van vaste en draadloze mobiele en breedbandinfrastructuur en Grid-technologie.

4.2.5. *Conformiteitstests en accreditatie voor een e-gezondheidszorgmarkt*

Er is behoefte aan een pakket erkende attributen en normen die verder gaan dan de bestaande standaards waarmee kwalitatief hoogwaardige producten en diensten worden gedefinieerd. Veel landen zijn overgegaan tot de accreditatie van e-gezondheidszorgsystemen die als model gaan fungeren voor andere regio's, bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk en België. Een ander voorbeeld van conformiteitstests en accreditatie zijn de richtsnoeren voor interoperabiliteit van "IHE in Europe" (Integrating the Healthcare Enterprise in Europe)⁶².

Uiterlijk midden 2005 moet de Commissie een overzicht van Europese optimale praktijken samenstellen als leidraad voor de lidstaten.

Uiterlijk eind 2007 moeten de lidstaten aan de hand van succesvolle optimale praktijken regelingen voor conformiteitstests en accreditatie vaststellen.

4.2.6. *Investerings met een hefboomeffect*

Er is een gezamenlijke aanpak van de lidstaten nodig om investeringen in e-gezondheidszorg te steunen en te stimuleren. Er zijn al regionale structuren voor financiering beschikbaar⁶³ (bijvoorbeeld het regionale fonds INTERREG III) binnen de Europese Commissie en tevens een aantal andere vormen van internationale samenwerking. Voor aanvullende financiering die een hefboomeffect op de ontwikkeling van e-gezondheidszorg zou kunnen hebben, zou een beroep kunnen worden gedaan op de Europese Investeringsbank. Deze bank investeert momenteel in een zeer breed scala van in aanmerking komende projecten als deze een kosteneffectieve winst op het gebied van het gezondheidsbeleid opleveren. De Wereldbank biedt ook mogelijkheden voor de financiering van internationale programma's voor e-gezondheidszorg voor zowel de Europese Unie als daarbuiten.

Uiterlijk eind 2006 moeten de lidstaten een gezamenlijke aanpak ontwikkelen voor de ondersteuning en stimulering van investeringen in e-gezondheidszorg.

4.2.7. *Juridische en regelgevingsaspecten*

Er moet een referentie komen voor een gestandaardiseerde Europese kwalificatie voor diensten van e-gezondheidszorg in een klinische en administratieve omgeving. Bovendien zou

⁶¹ Grid-technologie wordt gedefinieerd als technologie die in staat stelt tot "gecoördineerde resource-sharing en probleemoplossing in dynamische virtuele organisaties". Zie: Foster, I. and C. Kesselman (1999) *The GRID, blueprint for a new computing infrastructure*. San Francisco: Morgan Kaufman.

⁶² Zie <http://www.cocir.org/>.

⁶³ Zie met name de bepalingen van de *Richtsnoeren voor criteria en werkwijze voor de toepassing van de Structuurfondsen ter ondersteuning van elektronische communicatie* (doc. SEC(2003) 895 van 28.7.2003).

zekerheid omtrent de aansprakelijkheid bij producten en diensten van e-gezondheidszorg in de context van bestaande wetgeving inzake productaansprakelijkheid een goede zaak zijn. Ontwikkelingen op het gebied van de informatie- en communicatietechnologie moeten bijdragen tot een veiliger werkomgeving voor zorgwerkers en er komt steeds meer behoefte aan een grotere rechtszekerheid ten aanzien van diensten van e-gezondheidszorg in de context van het vrije verkeer van personen, goederen en diensten.

Uiterlijk eind 2009 moet de Europese Commissie in samenwerking met de lidstaten activiteiten ondernemen om:

- een referentie vast te stellen voor een gestandaardiseerde Europese kwalificatie voor diensten van e-gezondheidszorg in een klinische en administratieve omgeving;
- een kader te creëren voor een grotere rechtszekerheid omtrent de aansprakelijkheid bij producten en diensten van e-gezondheidszorg in de context van bestaande wetgeving inzake productaansprakelijkheid;
- de informatie voor patiënten, zorgverzekeringstelsels en zorgverstrekkers ten aanzien van de voorschriften voor de vergoeding van de kosten van de diensten van e-gezondheidszorg te verbeteren;
- e-gezondheidszorg te bevorderen teneinde beroepsongevallen en -ziekten terug te dringen en preventieve maatregelen met het oog op het ontstaan van nieuwe risico's op de werkplek te ondersteunen.

4.3. Gebied 2: Proefprojecten: nuttige toepassing versnellen

4.3.1. Informatie voor burgers en overheid over gezondheidseducatie en ziektepreventie

In de context van haar programma voor de volksgezondheid werkt de Commissie aan de totstandkoming van een publieke portaalsite voor gezondheid voor de hele Europese Unie, waarmee een flexibel informatietechnologie-platform wordt gecreëerd dat zorgt voor de verspreiding van kennisgebaseerde informatie over de volksgezondheid die relevant is voor de Europese burgers, en voor één toegangspunt tot informatie over gezondheid.

De Commissie geeft ook cofinanciering voor de ontwikkeling van een pakket kwaliteitscriteria voor websites met medische informatie ("webseals"). Hiermee wordt gestreefd naar meer transparantie bij websites met medische informatie in het belang van serieuze aanbieders van diensten en gebruikers, variërend van individuele burgers tot zorgwerkers.

Uitbreiding van het medische surveillancesysteem voor overdraagbare ziekten, met speciale aandacht voor de real-time verzameling van klinische en laboratoriumgegevens en analyses, zal de mogelijkheden voor vroegtijdige alarmering op nationaal en communautair niveau verbeteren. Dit zal zorgen voor een betere surveillance van ziekten die aanleiding tot grote bezorgdheid geven en mogelijke bioterrorisme-bedreigingen.

De unieke patiëntidentificator, gemeenschappelijke standaards en protocollen zullen veel profijt opleveren voor het verkrijgen van juiste en betrouwbare statistische informatie over de verstrekking van zorg op Europees niveau, waar zowel de lidstaten als de diensten van de

Commissie om gevraagd hebben. Dit betekent dat de besluitvormers en het geïnteresseerde publiek dan tijdiger de beschikking zullen krijgen over betere informatie.

Uiterlijk eind 2005 zal een publieke portaalsite voor gezondheid voor de Europese Unie toegang geven tot publieke informatie over gezondheid op Europees niveau. Portaalsites voor gezondheid zullen specifieke informatie aanbieden over de veiligheid op het werk en gezondheidsrisico's op de werkplek.

Uiterlijk eind 2005 zal de vroegtijdige alarmering, detectie en surveillance van bedreigingen voor de gezondheid worden geïntensiveerd via verbeterde instrumenten van de informatie- en communicatietechnologie.

4.3.2. *Naar geïntegreerde zorginformatienetwerken*

Zorginformatienetwerken koppelen ziekenhuizen, laboratoria, apotheken, centra voor eerstelijnszorg en maatschappelijke centra aan elkaar. Zo kunnen zij op een veilige manier communiceren. Voorbeelden hiervan zijn gestandaardiseerde berichten systemen, zoals elektronische recepten en elektronische verwijzingen, of het aanbod van telegeneeskundendiensten zoals teleconsulten (het geven van een medische second opinion) of telegeneeskunde (de monitoring van patiënten thuis).

Uiterlijk eind 2008 moeten de meeste Europese zorgorganisaties en zorgregio's (gemeenten, provincies en streken) online-diensten als teleconsulten (medische second opinion), elektronische recepten, elektronische verwijzingen, telemonitoring en telegeneeskunde kunnen aanbieden.

4.3.3. *Stimulering van het gebruik van kaarten in de gezondheidszorg*

Er zijn twee soorten kaarten die in de gezondheidszorg kunnen worden gebruikt: zorgpassen en ziekteverzekeringskaarten. Zorgpassen kunnen gegevens voor noodgevallen (zoals bloedgroep, ziekten, behandelingen) of medische dossiers bevatten of kunnen via een beveiligd netwerk toegang tot deze gegevens geven. Ziekteverzekeringskaarten geven toegang tot de gezondheidszorg en vergemakkelijken het beheer en de facturering.

Voor de Europese ziekteverzekeringskaart zijn er beslissingen genomen om het gebruik met ingang van 1 juni 2004 mogelijk te maken. Deze vervangt alle papieren formulieren die nu nog nodig zijn om bij een tijdelijk verblijf (bijvoorbeeld bij reizen, detachering in het buitenland en studie) medisch noodzakelijke zorg te kunnen krijgen. Ten aanzien van de gezondheid wordt in het eEurope-actieplan 2005 gesteld dat er maatregelen zullen worden genomen om de Europese ziekteverzekeringskaart verder uit te bouwen. Er zullen activiteiten worden gelanceerd ter ondersteuning van gemeenschappelijke benaderingen in de lidstaten ten aanzien van elektronische medische dossiers, gegevensverzamelingen voor noodsituaties en elektronische patiëntidentificatoren.

Stimulering van het gebruik van kaarten in de gezondheidszorg. Vaststelling van de toepassing van een elektronische ziekteverzekeringskaart **uiterlijk in 2008**.

4.4. Gebied 3: Samenwerking en monitoring van de praktijk

4.4.1. Verspreiding van optimale praktijken

Succes bij de ontwikkeling van een Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg zal gebaseerd zijn op het delen van optimale praktijken en ervaring in de hele Unie, naarmate de systemen worden ingevoerd en de organisaties een nieuwe opzet krijgen. De Commissie moet een centrale rol spelen bij de verspreiding van deze activiteit. De ervaringen kunnen bilateraal of multilateraal tussen de lidstaten zijn, aangezien de lidstaten in sterk uiteenlopende ontwikkelings- en uitvoeringsfasen kunnen verkeren. Er moet aandacht worden besteed aan het delen van ervaring bij het gebruik en de effecten van toepassingen van e-gezondheidszorg en benaderingen om te zorgen voor de interoperabiliteit van uiteenlopende systemen en diensten, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de multiculturele en meertalige traditie van Europese zorgstelsels. "Open source" toepassingen kunnen een belangrijke rol spelen bij de verwezenlijking van interoperabiliteit.

e-Gezondheidszorg moet worden ondersteund door de grootschalige verspreiding van optimale praktijken. Daarbij moet het gaan om de effecten op de toegang tot de gezondheidszorg en op de kwaliteit daarvan, een evaluatie van kostenverlaging en productiviteitswinst, alsmede voorbeelden van een aanpak voor de aansprakelijkheid bij telegeneeskunde-diensten, vergoedingsregelingen en de accreditatie van producten en diensten van e-gezondheidszorg.

In 2004 moet er een forum op hoog niveau voor e-gezondheidszorg worden ingesteld, dat als taak krijgt de diensten van de Commissie te ondersteunen. Daarbij moeten alle nodige stakeholders worden betrokken, bijvoorbeeld op het niveau van nationale, regionale of lokale ziekenhuisinstanties, zodat de diensten van de Commissie een beter inzicht krijgen in de huidige en geplande ontwikkelingstoestand van e-gezondheidszorg in de lidstaten. Het forum zal verantwoordelijk zijn voor de follow-up van de verschillende draaiboeken en verdere werkzaamheden moeten specificeren, waarbij de nadruk vooral moet liggen op de gebruikers en de toegankelijkheid van e-gezondheidszorg voor iedereen, en tevens een krachtige kennisbasis moeten ontwikkelen voor het pleidooi vóór e-gezondheidszorg. Het forum voor e-gezondheidszorg zal ook nauw worden betrokken bij de uitvoering van het communautair programma voor de volksgezondheid.

Gedurende de periode 2004-2008 zullen de lidstaten met de steun van de Europese Commissie speciale evenementen organiseren, zoals conferenties op hoog niveau voor de verspreiding van optimale praktijken.

Parallel hieraan moet de Europese Commissie **uiterlijk eind 2005** met bijdragen van de lidstaten komen tot een effectieve manier voor de verspreiding van optimale praktijken en de ondersteuning van activiteiten binnen de Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg.

4.4.2. Benchmarking

De vorderingen moeten ook worden gemeten. Een adequate benchmarking van de mate waarin de burger zich bewust is van e-gezondheidszorg en de manier waarop de burger e-gezondheidszorg effectief en efficiënt gebruikt, is van essentieel belang voor toekomstige maatregelen op het gebied van e-gezondheidszorg.

Dit betekent dat de toegevoegde waarde die van e-gezondheidszorg wordt verwacht, moet worden bepaald en gekwantificeerd. Het betekent ook dat moet worden geëvalueerd hoe de oplossingen van e-gezondheidszorg bijdragen tot cruciale uitdagingen in de zorg, zoals werkgelegenheid, toegankelijkheid en gelijke behandeling. Deze maatregelen moeten vergezeld gaan van een adequate monitoring van de effecten van e-gezondheidszorg op de gezondheid en de gezondheidszorg in de Gemeenschap. Alle stakeholders moeten een rol spelen in dit proces, dat weer een bijdrage moeten leveren tot verdere verbeteringen in systemen en diensten van e-gezondheidszorg.

Gedurende de periode 2004-2010 zal de Europese Commissie om het jaar een studie publiceren over de stand van zaken bij de invoering, voorbeelden van optimale praktijken en de daaraan verbonden baten van e-gezondheidszorg.

Uiterlijk begin 2005 moeten de lidstaten in samenwerking met de Europese Commissie afspraken maken over een algehele aanpak van benchmarking met het oog op de bepaling van de kwantitatieve (onder andere economische) en kwalitatieve effecten van e-gezondheidszorg.

4.4.3. *Internationale samenwerking*

Wat we in Europa op het gebied van e-gezondheidszorg doen, kan belangrijke gevolgen hebben voor de aanpak van mondiale uitdagingen op het gebied van gezondheid binnen een informatiemaatschappij. Dit kan een aanvulling zijn op de activiteiten die zijn gelanceerd door de Wereldtop over de informatiemaatschappij van de Verenigde Naties in december 2003 en op specifieke initiatieven die door de Wereldgezondheidsorganisatie worden ontwikkeld.

Er moet een evaluatie van de ontwikkelingen op het gebied van e-gezondheidszorg worden afgerond voordat **in 2005** het tweede deel van de Wereldtop in Tunis wordt gehouden.

5. CONCLUSIES

e-Gezondheidszorg biedt de Europese burger belangrijke mogelijkheden voor een betere toegang tot betere zorgstelsels. Hierdoor kunnen zowel patiënten als zorgwerkers de mogelijkheid krijgen om het heft in eigen hand te nemen. Tevens krijgen regeringen en belastingbetalers een middel – via een aanzienlijke productiviteitswinst – om de stijgende vraag naar zorgdiensten het hoofd te bieden. Deze vorm van zorg kan ook helpen de toekomst van de zorgverstrekking een nieuwe vorm te geven door de burger meer centraal te stellen.

De Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg zal een kader creëren voor de uitwisseling van optimale praktijken en ervaring. Dit biedt de mogelijkheid dat er in de loop van de tijd gezamenlijke benaderingen worden ontwikkeld voor gemeenschappelijke problemen. In dit actieplan ligt de nadruk op specifieke activiteiten om dit te verwezenlijken, zodat aan het eind van dit decennium:

- de Europese Unie goed in staat zal zijn de effecten van e-gezondheidszorg qua betere toegankelijkheid en betere en efficiëntere diensten en de effecten op de algehele productiviteit van de zorgsector te meten;
- e-gezondheidszorg voor zorgwerkers, patiënten en burgers een alledaags verschijnsel zal zijn geworden en e-gezondheidszorg binnen het zorgbudget een afdoende financiering zal

krijgen en een bijdrage zal leveren tot de verwezenlijking van doelstellingen in ruimere zin, zoals het concurrentievermogen, de werkgelegenheid en de cohesie.

BIJLAGE

Overzicht van de acties

Actie	Timing	Verantwoor- delijkheid
<p>NB: Voor elk van de vraagstukken waarmee de sector e-gezondheidszorg wordt geconfronteerd (een aanpak voor gemeenschappelijke uitdagingen, proefprojecten en samenwerking en monitoring van de praktijk), worden hier <i>sequentieel</i> de uit te voeren acties vermeld.</p>		

Gebied 1: Een aanpak voor gemeenschappelijke uitdagingen		
<p>De mededeling over de mobiliteit van patiënten wordt samen met deze mededeling en de mededeling over de open coördinatiemethode ingediend als onderdeel van een algehele strategie voor de gezondheidszorg.</p> <p>Er wordt nu al gewerkt aan een verbetering van de informatie over de mobiliteit van patiënten en de mobiliteit van zorgwerkers op Europees niveau en dit gebeurt met name via de werkgroep zorgstelsels binnen het onderdeel informatie van het programma inzake volksgezondheid.</p>	2004	Commissie
<p>Uiterlijk midden 2005 moet de Commissie een overzicht van Europese optimale praktijken samenstellen als leidraad voor de lidstaten.</p>	Midden 2005	Commissie
<p>Uiterlijk eind 2005 moet elke lidstaat een nationaal of regionaal draaiboek voor e-gezondheidszorg ontwikkelen. Hierin moet de nadruk liggen op de realisatie van systemen van e-gezondheidszorg, de formulering van doelstellingen voor interoperabiliteit en het gebruik van elektronische medische dossiers, en moeten onderwerpen als de vergoeding van diensten van e-gezondheidszorg aan de orde komen.</p>	Eind 2005	Lidstaten
<p>Uiterlijk eind 2006 moeten de lidstaten in samenwerking met de Europese Commissie een gemeenschappelijke aanpak voor patiëntidentificatoren formuleren. Hierbij moet rekening worden gehouden met optimale praktijken en ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld de Europese ziekteverzekeringskaart en identiteitsbeheer voor Europese burgers.</p>	Eind 2006	Lidstaten, Commissie
<p>Uiterlijk eind 2006 moeten de lidstaten in samenwerking met de Europese Commissie interoperabiliteitsnormen</p>	Eind	Lidstaten,

identificeren en schetsen voor berichten met gezondheidsgegevens en elektronische medische dossiers, waarbij rekening wordt gehouden met optimale praktijken en relevante normalisatiewerkzaamheden.	2006	Commissie
Uiterlijk eind 2006 moeten de lidstaten een gezamenlijke aanpak ontwikkelen voor de ondersteuning en stimulering van investeringen in e-gezondheidszorg.	Eind 2006	Lidstaten
Uiterlijk eind 2007 moeten de lidstaten aan de hand van succesvolle optimale praktijken regelingen voor conformiteitstests en accreditatie vaststellen.	Eind 2007	Lidstaten
Gedurende de periode 2004-2008 moeten de lidstaten steun geven aan de opbouw van zorginformatienetwerken voor e-gezondheidszorg op basis van vaste en draadloze mobiele en breedbandinfrastructuur en Grid-technologie.	2004-2008	Lidstaten
Uiterlijk eind 2009 moet de Europese Commissie in samenwerking met de lidstaten activiteiten ondernemen om: een referentie vast te stellen voor een gestandaardiseerde Europese kwalificatie voor diensten van e-gezondheidszorg in een klinische en administratieve omgeving; een kader te creëren voor een grotere rechtszekerheid omtrent de aansprakelijkheid bij producten en diensten van e-gezondheidszorg in de context van bestaande wetgeving inzake productaansprakelijkheid; de informatie voor patiënten, zorgverzekeringstelsels en zorgverstrekkers ten aanzien van de voorschriften voor de vergoeding van de kosten van de diensten van e-gezondheidszorg te verbeteren; e-gezondheidszorg te bevorderen teneinde beroepsongevallen en -ziekten terug te dringen en preventieve maatregelen met het oog op het ontstaan van nieuwe risico's op de werkplek te ondersteunen.	Eind 2009	Commissie, lidstaten
Gebied 2: Proefprojecten: nuttige toepassing versnellen		
Uiterlijk eind 2005 zal een publieke portaalsite voor gezondheid voor de Europese Unie toegang geven tot publieke informatie over gezondheid op Europees niveau. Portalsites voor gezondheid zullen specifieke informatie aanbieden over de veiligheid op het werk en gezondheidsrisico's op de werkplek. Uiterlijk eind 2005 zal de vroegtijdige alarmering, detectie en surveillance van bedreigingen voor de gezondheid	Eind 2005	Commissie

worden geïntensiveerd via verbeterde instrumenten van de informatie- en communicatietechnologie.		
Stimulering van het gebruik van kaarten in de gezondheidszorg. Vaststelling van de toepassing van een elektronische ziekteverzekeringskaart uiterlijk in 2008.	2008	Commissie, lidstaten
Uiterlijk eind 2008 moeten de meeste Europese zorgorganisaties en zorgregio's (gemeenten, provincies en streken) online-diensten als teleconsulten (medische second opinion), elektronische recepten, elektronische verwijzingen, telemonitoring en telegeneeskunde kunnen aanbieden.	Eind 2008	Lidstaten
Gebied 3: Samenwerking en monitoring van de praktijk		
In 2004 moet er een forum op hoog niveau voor e-gezondheidszorg worden ingesteld, dat als taak krijgt de diensten van de Commissie te ondersteunen. Daarbij moeten alle nodige stakeholders worden betrokken, bijvoorbeeld op het niveau van nationale, regionale of lokale ziekenhuisinstanties, zodat de diensten van de Commissie een beter inzicht krijgen in de huidige en geplande ontwikkelingstoestand van e-gezondheidszorg in de lidstaten. Het forum zal verantwoordelijk zijn voor de follow-up van de verschillende draaiboeken en verdere werkzaamheden moeten specificeren, waarbij de nadruk vooral moet liggen op de gebruikers en de toegankelijkheid van e-gezondheidszorg voor iedereen, en tevens een krachtige kennisbasis moeten ontwikkelen voor het pleidooi vóór e-gezondheidszorg. Het forum voor e-gezondheidszorg zal ook nauw worden betrokken bij de uitvoering van het communautair programma voor de volksgezondheid.	2004	Commissie
Uiterlijk begin 2005 moeten de lidstaten in samenwerking met de Europese Commissie afspraken maken over een algehele aanpak van benchmarking met het oog op de bepaling van de kwantitatieve (onder andere economische) en kwalitatieve effecten van e-gezondheidszorg.	Begin 2005	Lidstaten, Commissie
Uiterlijk eind 2005 moet de Europese Commissie met bijdragen van de lidstaten komen tot een effectieve manier voor de verspreiding van optimale praktijken en de ondersteuning van activiteiten binnen de Europese Ruimte voor e-gezondheidszorg.	Eind 2005	Commissie, lidstaten
Er moet een evaluatie van de ontwikkelingen op het gebied van e-gezondheidszorg worden afgerond voordat in 2005 het tweede deel van de Wereldtop in Tunis wordt gehouden.	2005	Commissie, lidstaten
Gedurende de periode 2004-2008 zullen de lidstaten met de steun van de Europese Commissie speciale evenementen	2004-	Lidstaten, Commissie

organiseren, zoals conferenties op hoog niveau voor de verspreiding van optimale praktijken.	2008	
Gedurende de periode 2004-2010 zal de Europese Commissie om het jaar een studie publiceren over de stand van zaken bij de invoering, voorbeelden van optimale praktijken en de daaraan verbonden baten van e-gezondheidszorg.	2004-2010	Commissie