
Vergaderjaar 2025-2026

27 529 Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg

AM BRIEF VAN DE MINISTER VAN LANGDURIGE ZORG, JEUGD EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 mei 2026

In deze brief bied ik u – zoals eerder toegezegd in de laatste stand van zaken brief over het LDN¹ – inzicht in de voortgang van de realisatie van het landelijk dekkend netwerk (LDN) voor gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid in de zorg. Ik doe dat aan de hand van de fundamenteën van de Nationale visie en strategie (NVS): regie, vertrouwen en databeschikbaarheid. De NVS bouwt aan het gezondheidsinformatiestelsel (GIS) om de informatievoorziening in de zorg toekomstbestendig te maken. Het LDN is een belangrijk fundament voor het GIS.

Enkele onderwerpen rondom gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid licht ik hierbij specifiek uit: de European Health Data Space (EHDS), de implementatiestrategie van het GIS en de verhouding tussen landelijke regie en regionale ontwikkelingen met betrekking tot databeschikbaarheid.

Wat aan deze brief voorafging

Op 12 maart 2025 informeerde mijn ambtsvoorganger u over de stand van zaken van het LDN, de generieke functies², het Landelijk afsprakenstelsel voor gezondheidsgegevens en Stichting CumuluZ Zorgdata. Daarbij bood zij u ook een LDN-transitieplan aan met daarin de stappen die het ministerie van VWS zet om het LDN te realiseren ten behoeve van databeschikbaarheid.

Begin van dit jaar, op 20 januari 2026, informeerde mijn ambtsvoorganger u verder over de voortgang op de agenda databeschikbaarheid in de zorg³ en over de voortgang van de implementatie van de EHDS.⁴

Over het landelijk dekkend netwerk

Het LDN als basis voor een toekomstbestendig gezondheidsinformatiestelsel

Om de zorg voor iedereen kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden, maken we de transitie naar passende (en hybride) zorg.

¹ Kamerstukken I, 2024/25, 27529, nr. AH

² Generieke functies zijn sets van afspraken, standaarden en voorzieningen voor identificatie (wie logt erin?), authenticatie (is iemand wie die zegt dat die is?), toestemming (is de patiënt akkoord met het delen van gegevens?), autorisatie (welke gegevens mag iemand inzien?), lokalisatie (waar staan de gezochte gegevens?) en adressering (wat is het digitale adres van de gegevens en de ontvanger?).

³ Kamerstukken I, 2025/26, 27529, nr. 355

⁴ Kamerstukken I, 2025/26, 36121, nr. C

Deze transitie slaagt alleen wanneer gezondheidsgegevens situationeel beschikbaar zijn. Dit betekent dat de juiste persoon – van zorgverlener tot patiënt of onderzoeker – op het juiste moment toegang heeft tot de juiste zorginformatie. Uiteraard gebeurt dit veilig, betrouwbaar en met oog voor privacy. Om dit te realiseren werkt het ministerie van VWS samen met partijen in zorg en ICT. Met de NVS als leidraad bouwen we gezamenlijk aan een toekomstbestendig gezondheidsinformatiestelsel (GIS). In het GIS staat niet alleen databeschikbaarheid centraal maar ook de eisen en de tijdslijnen van de EHDS. Een goed functionerend GIS is noodzakelijk om volledig aan de EHDS-verplichtingen te kunnen voldoen. De NVS beschrijft dat het LDN de basis vormt voor een goed functionerend GIS dat ondersteunend is voor het primaire zorgproces en voor secundaire doeleinden. Het LDN is een overkoepelende term en omvat het geheel aan afspraken, functies en infrastructuur die digitale gegevensuitwisseling in de zorg mogelijk maken. Concreet vallen hieronder:

- Een **landelijk dekkend netwerk van infrastructuren** dat:
 - o bestaande zorginfrastructuren op basis van landelijke afspraken met elkaar verbindt tot één communicatienetwerk - voor goede gegevensuitwisseling; en
 - o gaat zorgen voor data-integratie: het samenbrengen van data uit verschillende bronnen tot één samenhangend geheel – voor situationele databeschikbaarheid.

- **Generieke functies:** sets van afspraken, standaarden en voorzieningen om de juiste gegevens op het juiste moment op de juiste plek te krijgen.

- Eén **Landelijk afsprakenstelsel** voor gezondheidsgegevens met alle technische, organisatorische en juridische afspraken, die nodig zijn om te zorgen dat burgers, zorgverleners en datagebruikers kunnen vertrouwen op de data en op het veilige en verantwoorde gebruik ervan. Ook de afspraken over de ontwikkeling en het beheer van generieke semantische standaarden (eenheid van taal) vallen hieronder.

Patiëntverhaal: 'Betere zorg door het landelijk dekkend netwerk'

Tijdens een vakantie op de Veluwe wordt de 52-jarige meneer De Groot getroffen door een TIA. Door een gezichtsverlamming kan hij niet spreken, maar met behulp van het landelijk dekkend netwerk (LDN) krijgt hij toch direct de best passende zorg.

De behandelend arts opent simpelweg haar eigen vertrouwde EPD-systeem.

Via het **landelijk dekkend netwerk van infrastructuren**, heeft zij binnen enkele seconden alle relevante gegevens over meneer De Groot vanuit verschillende bronnen bij elkaar. Ze ziet bijvoorbeeld meteen welke medicatie hij gebruikt en dat hij allergisch is voor een bepaald contrastmiddel; essentiële informatie voordat hij de CT-scan ingaat.

Door **semantische standaardisatie** zijn de medische gegevens vastgelegd met termen die overal dezelfde betekenis hebben. Door die standaardisatie is er duidelijkheid tussen de verschillende zorgverleners wat er wordt bedoeld met de informatie.

De **generieke functies** zorgen er daarbij voor dat de juiste gezondheidsgegevens op het juiste moment op de juiste plek komen. Zo kan de behandelend arts veilig, gemakkelijk en flexibel inloggen via Dezi; het inlogstelsel voor zorgprofessionals. En via de toestemmingsvoorziening Mitz, waarin meneer De Groot eerder zelf zijn toestemmingsvoorkeuren heeft vastgelegd, kan zij snel en betrouwbaar controleren welke gegevens over meneer De Groot zij mag inzien.

Alle generieke juridische, organisatorische en technische afspraken over toegang, beveiliging, privacy en registratie van gezondheidsgegevens zijn hierbij ondergebracht op één centrale plek: **het Landelijk afsprakenstelsel**. Daardoor hoeft de arts niet te twijfelen over wat wel en niet mag, en kan zij zich volledig richten op de behandeling.

De samenhang tussen de NVS en EHDS

Nederland heeft de beweging naar betere databeschikbaarheid voor de zorg al een geruime tijd geleden ingezet. De afgelopen jaren is er door de zorgsector hard gewerkt aan het fundament van het gezondheidsinformatiestelsel. De focus ligt daarbij op het realiseren van betere zorg door betere gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid. Met de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz⁵) is deze beweging een aantal jaren geleden ingezet. Ook is er een juridische basis gecreëerd om genormeerde gegevensuitwisseling nationaal te verplichten. De komst van de EHDS-verordening versterkt en ondersteunt de ingezette nationale beweging met daarbij Europese verplichtingen.

De EHDS beoogt de kwaliteit van de zorg te verhogen en verankert de rechten die burgers nodig hebben om regie te voeren op de elektronische gezondheidsgegevens die

⁵ De wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) is een kaderwet die het mogelijk maakt om voor specifieke gegevenssets elektronische en gestandaardiseerde uitwisseling te verplichten. Op de Meerjarenagenda Wegiz staan vijf gegevensuitwisselingen die als eerste verplicht elektronisch en gestandaardiseerd moeten verlopen: de Basisgegevensset Zorg (BgZ), Beeldbeschikbaarheid, Acute Zorg, Medicatieoverdracht en de verpleegkundige eOverdracht.

over hen gaan. Tegelijkertijd regelt de EHDS het zogenoemde secundair gebruik van gezondheidsdata (secundair datagebruik), zodat wetenschappers en onderzoekers beter gebruik kunnen maken van (Europese) data. Hierdoor wordt wetenschappelijk onderzoek en innovatie bevorderd.

Een essentieel onderdeel van de EHDS is het openbreken van de markt van EPD-systemen waar, in ieder geval in Nederland, in sommige sectoren een zeer beperkt aantal leveranciers actief is. De EHDS stelt een aantal minimale sets aan data verplicht. De verordening veronderstelt dat in lidstaten een aantal basale functionaliteiten gericht op gegevensuitwisseling aanwezig zijn, wat in Nederland niet het geval is. Daarnaast biedt de verordening lidstaten ook de ruimte om nationaal eisen te stellen die passen bij de nationale zorgcontext in het belang van de patiënt. Van deze ruimte maken we in Nederland gebruik. Onderdelen van de NVS zijn daarmee randvoorwaardelijk voor de EHDS én tegelijkertijd draagt de EHDS bij aan realisatie van doelen uit de NVS. De NVS en de EHDS zijn hiermee complementair.

Hoever zijn we met het landelijk dekkend netwerk?

Het GIS wordt gerealiseerd op de fundamentele regie, vertrouwen en databeschikbaarheid. Hieronder ga ik langs deze drie fundamentele in op wat er tot nu toe voor het LDN gerealiseerd is en waaraan gewerkt wordt in 2026.

Gerichte regie door VWS

Regie door het ministerie van VWS gaat over het vermogen sturing te geven aan het beoogde stelsel en daarbij waarborgen te creëren voor gegevensuitwisseling en dataveiligheid.

Architectuur als kader om data situationeel beschikbaar te krijgen

Het ministerie van VWS is samen met het zorgveld gestart met diverse programma's om het GIS te realiseren. Een van die programma's is het opstellen van een gezamenlijke stelselarchitectuur voor het GIS, afgekort GISA⁶. Deze architectuur moet zorgen voor samenhang en sturing en voorkomt dat programma's uiteenlopende ontwerpkeuzes maken met het risico op inconsistenties of dubbel werk.

De GISA beschrijft de ICT-architectuurprincipes en de wijze waarop de verschillende componenten in het GIS moeten samenwerken. De GISA anticipeert op zorg- en technologietrends.⁷ Het lost een aantal knelpunten in het huidige stelsel op en vertaalt strategische keuzes naar de ICT-architectuurpraktijk. In het derde kwartaal van dit jaar stel ik de eerste versie van de GISA vast. In de aanloop naar die vaststelling organiseer ik consultatiesessies voor het zorgveld. Dit doe ik om de samenhang met andere lopende ontwikkelingen te borgen en het zorgveld te informeren. De architectuur (GISA) is niet statisch maar evolueert mee met de ontwikkeling van het stelsel (GIS). Daarmee heeft het ook invloed op de ontwikkeling van het GIS.

Een paar van de GISA-keuzes licht ik kort toe:

- *Publieke regie en open innovatie:* VWS voert regie 'in partnerschap' met het zorgveld via programma's, beleid,

⁶ Stelselarchitectuur is het bouwplan van het GIS dat beschrijft hoe verschillende zorgorganisaties en ICT-systemen slim met elkaar samenwerken. Het zorgt ervoor dat zij veilig en makkelijk informatie kunnen delen volgens dezelfde regels.

⁷ Zorg- en technologietrends zoals van zorg in een instelling naar hybride zorg, van versnipperde deeldossiers naar een virtueel longitudinaal dossier en het gebruik van Cloud- en AI-technologie.

architectuur en wetgeving. Open innovatie versnelt de transitie door publieke kennisdeling van specificaties en broncode van GIS-bouwstenen en -koppelvlakken.

- *Een gereguleerd stelsel met kwalificatie-eisen:* Het GIS markeert de kanteling van een marktgedreven model naar een gekwalificeerd stelsel onder publieke regie, met verplichte naleving van uniforme aansluitvoorwaarden en landelijke afspraken.
- *Openstelling van systemen via open gestandaardiseerde koppelvlakken⁸:* de NVS stuurt op het stap voor stap ontsluiten van zorg- en datasystemen via gestandaardiseerde, publiek beschikbare koppelvlakken, zodat data veilig, herbruikbaar en leverancier-onafhankelijk kan stromen door het hele stelsel. Het vaststellen van de specificaties van deze open koppelvlakken zijn een publieke verantwoordelijkheid. Zo nodig zal ik deze koppelvlakken ook als open source laten ontwikkelen en beschikbaar stellen aan marktpartijen.

De GISA beschrijft de richting waarin het GIS zich ontwikkelt en de inrichtingskeuzes die daarvoor gemaakt worden. Dit geeft duidelijkheid aan landelijke programma's, regionale initiatieven, zorgaanbieders en zorg-ICT-leveranciers. Zij kunnen toetsen of zij voldoen aan de kaders om deel te nemen aan het GIS. Bij de realisatie van het GIS wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande passende oplossingen. Maar dit betekent ook dat afscheid genomen wordt van ICT-systemen die niet kunnen voldoen. Zorgaanbieders mogen deze dan ook niet meer contracteren. Vanuit de toezichthouders zal hier toezicht op worden gehouden.

Koppelvlakken als kader voor LDN

Een van de in de GISA vastgestelde kaders om data situationeel beschikbaar te krijgen, is het gebruik van GIS-gestandaardiseerde koppelvlakken tussen data-afnemer en databronnen. Het gebruik van deze koppelvlakken moet leiden tot een reductie van de complexiteit en aantal van de huidige koppelingen. Ook is het een betere ondersteuning van eenmalige registratie en meervoudig gebruik van data. Met deze koppelvlakken wordt beoogd de kosten voor het realiseren en beheren van databeschikbaarheid te verlagen, een betere scheiding tussen data en functionaliteit te realiseren en de afhankelijkheid van zorgaanbieders van individuele ICT-leveranciers te verminderen. Hierdoor kan innovatie beter gebruik maken van beschikbare data.

⁸ Een koppelvlak (of interface) is een set van afspraken en technische voorzieningen waarmee verschillende systemen gegevens met elkaar kunnen uitwisselen. Het bepaalt welke gegevens worden gedeeld, in welk formaat en onder welke voorwaarden. Hierdoor kunnen systemen die ieder hun eigen inrichting hebben, toch op een betrouwbare en voorspelbare manier samenwerken. Een voorbeeld uit een andere sector maakt dit duidelijk: De bankenwereld is op basis van de Europese richtlijn PSD2 verplicht gestandaardiseerde koppelvlakken aan te bieden. Dit heeft eraan bijgedragen dat online betalen in de praktijk eenvoudiger, sneller en veiliger is geworden. Zo kunnen bijvoorbeeld rekeningen van verschillende banken in één app inzien worden of betalingen gedaan via andere dienstverleners.

De GIS-gestandaardiseerde koppelvlakken specificeren de eisen aan taal en techniek, en de aanvullende voorwaarden, waaronder beveiligingseisen. Ook de specificaties voor generieke functies wordt hierin opgenomen. Ik stel samen met het zorgveld specificaties op voor deze koppelvlakken. Deze specificaties worden opgenomen in het Landelijk afsprakenstelsel en waar mogelijk gebaseerd op open source. Leveranciers moeten die inbouwen in hun systemen. Deze specificaties zullen uiteraard in lijn zijn met de EHDS-aansluitvoorwaarden.

Nationale verplichtingen

Voor het waarborgen van de zorgkwaliteit en de aansluiting op de EHDS is een goed functionerend GIS noodzakelijk. De EHDS gaat namelijk uit van een functionerend nationaal GIS, en dat is er nog niet in Nederland.

In reactie op het Commissiedebat van 10 april 2025⁹, waarin de Tweede Kamer aandrang op meer regie en versnelling vanuit VWS, tref ik voorbereidingen voor nationale verplichtingen die de huidige Wegiz aanvullen, waarmee de implementatie van de EHDS-verordening vergemakkelijkt wordt. Deze verplichtingen – voor zorgveld en ICT-leveranciers – zijn essentieel om de ambities van de NVS op het gebied van databeschikbaarheid te realiseren en te kunnen voldoen aan de verplichtingen voortvloeiend uit de EHDS.

Ik verken onder andere de juridische mogelijkheden om het Landelijk afsprakenstelsel te gaan verplichten. Die verplichting geeft namelijk duidelijkheid aan het zorgveld en draagt bij aan veilig gebruik, transparantie en uitvoerbaarheid van het GIS. Ook wordt deelname aan het GIS, door de verplichtingen, minder vrijblijvend. De onderdelen die verplicht kunnen gaan worden zijn bijvoorbeeld de generieke functies, generieke semantische standaarden¹⁰ en het GIS-gestandaardiseerd koppelvlak.

Ik verken welke onderdelen en op welke wijze deze wettelijk verplicht kunnen worden. Zodra dit duidelijk is, dan is er een mogelijkheid dat deze onderwerpen ingepast kunnen worden bij de EHDS-uitvoeringswetgeving, die op 29 maart 2029 in werking treedt.

Mijn doel is om de wettelijke verplichtingen alleen in te zetten als het nodig is en waar mogelijk om de bestaande praktijk te vereenvoudigen. Ik zoek daarbij de balans tussen enerzijds het behalen van de NVS-doelen zoals het realiseren van databeschikbaarheid voor de patiënt, zorgverlener en onderzoeker en anderzijds het beperken van administratieve lasten en wetgeving die zo effectief en efficiënt mogelijk werkt.

Vertrouwen in elkaar en in gegevens

Een tweede belangrijk fundament van het gezondheidsinformatiestelsel is vertrouwen: vertrouwen in elkaar en vertrouwen in de kwaliteit van data (betrouwbaarheid).

Een veilig communicatienetwerk

Om veilige, betrouwbare en schaalbare gegevensuitwisseling mogelijk te maken, ontwikkelt het ministerie van VWS specificaties (afspraken) voor een communicatienetwerk. Dit vormt een technische en organisatorische context. Zorginfrastructuren kunnen hierbinnen op basis van certificaten veilig met elkaar gegevens uitwisselen over het internet. Binnen deze context kunnen alleen gecontroleerde en goedgekeurde deelnemers gebruik maken van het GIS. Zo ontstaat een

⁹ Kamerstukken II, 2024/25, 27 529, nr. 336.

¹⁰ Een voorbeeld van een semantische standaard is Snomed CT

toekomstbestendige situatie waarin gegevens veilig gedeeld en beschikbaar gesteld kunnen worden tussen uitsluitend vertrouwde partijen.

Eén plek voor alle afspraken

Vertrouwen van de burger en zorgverlener in het veilig uitwisselen en de zorgvuldige omgang met gegevens is randvoorwaardelijk voor het GIS. Daarom werk ik toe naar één Landelijk afsprakenstelsel voor gezondheidsgegevens als dé centrale plek voor de vastlegging van technische, juridische, semantische en organisatorische afspraken in de zorg. Alle bestaande afsprakenstelsels in de zorg zullen hierin opgaan. Afspraken die gemaakt worden ten behoeve van de GISA en de ontwikkeling van het LDN zoals de generieke functies, worden ook opgenomen in het Landelijk afsprakenstelsel.

Het voortbestaan van verschillende afsprakenstelsels naast elkaar is niet wenselijk. Dit leidt tot versnippering en ondermijnt landelijke gegevensuitwisseling en databeschikbaarheid. Daarom voer ik regie op de noodzakelijke convergentie.

Op de korte termijn blijven deze afsprakenstelsels (zoals MedMij en Health-RI) bestaan om domeinspecifieke communicatie te behouden. Generieke afspraken worden opgenomen in het Landelijk afsprakenstelsel en de andere operationele afsprakenstelsels verwijzen hiernaar. In 2024 heeft mijn ambtsvoorganger het Twiin Afsprakenstelsel aangewezen als basis voor die centrale plek voor geharmoniseerde, generieke afspraken.

Realisatie van een Landelijk afsprakenstelsel kan niet in één keer. Daarom wordt er gewerkt aan een stabiele, werkende basis voor de geprioriteerde gegevensuitwisselingenuitwisselingen op basis van de Wegiz. Hierbij wordt al rekening gehouden met de prioriteiten die voortkomen uit de EHDS en het bijbehorende tijdsplan. De eerste landelijke afspraken over o.a. het veilig communicatienetwerk worden hierin opgenomen.

Ik verken de mogelijkheid om de regie en het beheer van het Landelijk afsprakenstelsel onder te brengen bij de op te richten Autoriteit voor Digitale Gezondheid (ADG), dit is een van de onder de EHDS verplicht op te richten instanties. De ADG gaat de rechten en plichten rondom databeschikbaarheid voor primair gebruik faciliteren en monitoren.

Een LDN-beleidsafwegingskader

Het creëren en behouden van vertrouwen is ook iets dat bij de overheid zelf ligt. Ik vind het dan ook belangrijk om transparant te zijn in de besluiten die ik neem bij het vormgeven van het LDN.

Met dit doel deelde mijn voorganger in december 2022¹¹ met u al het *Beleidsafwegingskader generieke functies*. In dit kader werd geschetst hoe generieke functies zouden worden vormgegeven en hoe overheidsinterventies voor dit doel zouden worden ingezet.

Omdat er inmiddels een NVS is waarbinnen gewerkt wordt aan het LDN, is dit kader vernieuwd¹². Met het vernieuwde LDN-beleidsafwegingskader zorg ik dat er transparantie is en duidelijkheid blijft bestaan rondom de keuzes die bij de realisatie van het LDN worden gemaakt.

¹¹ Kamerstukken I, 2021/22, 27529, nr. P

¹² <https://www.datavoorgezondheid.nl/onderwerpen/l/landelijk-dekkend-netwerk>

Werken aan databeschikbaarheid

Het derde fundament van het GIS is databeschikbaarheid. Het LDN werkt met het zorgveld samen aan databeschikbaarheid. Dit betekent dat vastgelegde gezondheidsdata op het juiste moment bereikbaar en bruikbaar zijn voor de specifieke informatiebehoefte van zorg, preventie en welzijn.

CumuluZ werkt aan databeschikbaarheid

Zoals vorig jaar is aangegeven door mijn ambtsvoorganger¹³ is Stichting CumuluZ Zorgdata¹⁴ één van de partners die ons helpt bij de realisatie van het LDN. CumuluZ wordt door mijn ministerie gesubsidieerd en werkt aan een non-concurrentiële data-integratiefunctie¹⁵.

CumuluZ heeft in april 2026 een architectuur gepubliceerd die aansluit bij de door de GISA genoemde koppelvlakken. Deze architectuur beschrijft de kaders en het ontwerp van de te bouwen data-integratiefunctie. Ook versterkt deze architectuur de realisatie van databeschikbaarheid zoals vereist door de EHDS.

Deze architectuur is getoetst via een brede consultatie in het zorg- en ICT-veld. Het biedt zorgaanbieders, ICT-leveranciers en regionale initiatieven een gemeenschappelijk referentiekader.

Hiermee wordt geborgd dat gezondheidsgegevens die aan de bron worden vastgelegd, éénmalig worden geregistreerd en meervoudig beschikbaar kunnen worden gesteld voor verschillende toepassingen, waaronder primair gebruik in de zorg en secundair gebruik voor onderzoek, beleid en innovatie.

Vorbereiding data-integratiefunctie

CumuluZ treft de nodige voorbereidingen voor de realisatie van de data-integratiefunctie. Deze voorbereidingen omvatten onder meer het identificeren van herbruikbare bouwblokken¹⁶, onder andere vanuit IZA-initiatieven, en het opstellen van een technisch ontwerp. Daarnaast heeft CumuluZ een prototype ontwikkeld waarmee de samenhang met de generieke functies wordt getest. Parallel hieraan worden de eerste praktijkbeproevingen opgestart. Deze voorbereidingen worden dit jaar afgerond. Ik ben met CumuluZ in gesprek over de vervolgstappen voor de daadwerkelijke bouw van de data-integratiefunctie.

Generieke functies

Vanaf het begin van de ontwikkeling van het GIS is duidelijk dat data alleen veilig kan stromen mét generieke functies voor identificatie, authenticatie, autorisatie, lokalisatie, adressering, logging en toestemming.

Daarom is de afgelopen jaren onder regie van VWS samengewerkt met enthousiaste veldpartijen zoals ICT-leveranciers, koepels, zorgaanbieders, en systeempartijen, zoals NEN, Nictiz, VZVZ, Twiin en MedMij. Met hen is gewerkt aan het realiseren van

¹³ *Kamerstukken I, 2024/25, 27529, nr. AH*

¹⁴ De CumuluZ-coalitie, vertegenwoordigd in de Stichting CumuluZ Zorgdata bestaat uit NFU, NVZ, ActiZ, Santeon, mProve, LHV, InEen, NHG en de Nederlandse ggz.

¹⁵ Een data-integratiefunctie maakt het mogelijk om gezondheidsdata uit de verschillende bronnen samen te brengen tot één samenhangend geheel.

¹⁶ Herbruikbare bouwblokken zijn generieke onderdelen die in verschillende zorgsectoren en domeinen bruikbaar zijn. Denk aan koppelingen met bronsystemen, knooppunten in infrastructuren, of functies om data te integreren en te vertalen naar standaardformaten. Ze worden ontwikkeld zodat ze breed inzetbaar zijn en waar mogelijk hergebruikt uit bestaande initiatieven.

werkende oplossingen voor de generieke functies die door het zorgveld gebruikt kunnen worden. Dit gebeurt door technische testen en praktijkgerichte pilots.

De recente mijlpalen en bijbehorende positieve resultaten binnen die technische testen markeren een belangrijke fase voor de generieke functies. De succesvolle afronding van diverse testtrajecten, zoals onder andere de generieke functie adressering en pilots voor identificatie en authenticatie, bevestigen de technische haalbaarheid. Ook geeft het een doorkijk naar de komende pilots waarin gebruikerservaring, schaalbaarheid en de impact op de werkprocessen in de zorg ook aan bod zullen komen. De resultaten vanuit deze technische testen en pilots worden vertaald naar sector brede blauwdrukken die zorgorganisaties en ICT-leveranciers kunnen gebruiken bij de daadwerkelijke implementatie. Daarmee gaat na de zomer een nieuwe fase starten. In die nieuwe fase, de implementatiefase, is het aan de zorgaanbieders zelf om de resultaten te implementeren in hun organisatie.

Een belangrijke factor bij de succesvolle technische testen was de constructieve samenwerking van de eerdergenoemde betrokken veldpartijen. Door hun actieve betrokkenheid en expertise is een versnelling in de ontwikkeling gerealiseerd. Met deze resultaten wordt de stap gezet naar landelijke opschaling door het zorgveld.

Generieke functies ten behoeve van secundair datagebruik

De EHDS stelt eisen aan het verlenen van toegang tot elektronische gezondheidsgegevens aan datagebruikers (bv onderzoekers). Dat is essentieel om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen en te verbeteren. Ten behoeve van secundair datagebruik worden functionaliteiten en diensten ontwikkeld. Zo zijn er generieke functies nodig voor secundair datagebruik zoals pseudonimisering. Op dit moment werk ik uit welke generieke functies nodig zijn voor secundair datagebruik en hoe deze kunnen aansluiten bij wat er gerealiseerd is voor primair gebruik. Daarbij wordt rekening gehouden met de eisen die de EHDS stelt aan de infrastructuur voor secundair datagebruik.

Identificatie en authenticatie met Dezi

Van alle generieke functies vraag ik specifiek aandacht voor identificatie en authenticatie.

Het ministerie van VWS werkt aan een nieuw inlogstelsel voor identificatie en authenticatie voor zorgprofessionals: Dezi. Dezi staat voor dé zorgidentiteit. Dezi biedt zorgprofessionals de keuze tussen verschillende inlogmiddelen op het hoogste betrouwbaarheidsniveau, afgestemd op hun zorgproces en persoonlijke voorkeuren. De ontwikkeling van het Dezi-stelsel vindt plaats in afstemming met koepel- en zorgorganisaties. Het Dezi-stelsel vormt daarmee een bouwsteen naar meer digitale veiligheid in de zorg.

Voor de invoering van het Dezi-stelsel is het wetsvoorstel Digitale Identificatie en Authenticatie in de Zorg (DIAZ) opgesteld, dat op dit moment bij de Tweede Kamer aanhangig is. Dit wetsvoorstel is belangrijk voor het zorgveld om veilig en flexibel in te kunnen loggen. Bovendien wordt het gebruik van een goedgekeurd inlogmiddel verplicht voor de grensoverschrijdende uitwisseling van medische gegevens die onder de EHDS via het NCPeH (het Nationaal contactpunt voor eHealth Nederland) zullen verlopen. Ik heb de Tweede Kamer dan ook gevraagd om het genoemde wetsvoorstel voortvarend te behandelen, om inwerkingtreding op uiterlijk 1 januari 2027 mogelijk te maken.

In de nota naar aanleiding van verslag¹⁷, die mijn ambtsvoorganger in oktober 2025 met de Tweede Kamer deelde, is toegezegd de algemene maatregel van bestuur (AMvB) onder het wetsvoorstel DIAZ met uw Kamer te delen. Deze AMvB is nu in ontwikkeling. De verwachting is dat de AMvB in het tweede kwartaal van 2026 in internetconsultatie gaat. Ook wordt de AMvB voorgehangen aan beide Kamers.

Ontwikkelingen uitgelicht

Er wordt met vereende kracht gewerkt aan het Landelijk Dekkend Netwerk binnen het Gezondheidsinformatiestelsel. Enkele hiermee samenhangende ontwikkelingen wil ik apart toelichten.

European Health Data Space

EHDS en de verhouding tot het LDN

Hoewel de inrichting van een GIS een nationale verantwoordelijkheid is, kunnen de EHDS-doelen alleen volledig worden behaald als gezondheidsgegevens landelijk toegankelijk zijn voor zorgverleners en burgers. Het LDN is juist bedoeld om deze landelijke ontsluiting te realiseren. Bij de inrichting van het LDN wordt daarom nu al rekening gehouden met de vereisten die voortkomen uit de EHDS. Zoals het inrichten van toegangsdiensten voor burgers en zorgmedewerkers en aansluiting op het afgesproken Europese uitwisselsysteem NCPeH.

Naast juridische kaders vraagt de EHDS ook om taken toe te bedelen aan een aantal specifieke organisaties, en diensten op te zetten. Daarmee moeten deze organisaties en diensten een integraal onderdeel vormen van het GIS. Het gaat hierbij om de volgende organisaties en diensten:

- a) De Autoriteit voor digitale gezondheid (ADG)
- b) De Health Data Access Body (HDAB) inclusief het nationaal contactpunt voor secundair gebruik;
- c) Het nationaal contactpunt voor digitale zorg (ook wel nationaal contactpunt voor eHealth genoemd - NCPeH);
- d) De toegangsdienst voor burgers;
- e) De dienst(en) voor toegang voor gezondheidswerkers.

Afgelopen januari heeft mijn ambtsvoorganger uw Kamer geïnformeerd over de stand van zaken rondom de implementatie van de hierboven benoemde onderdelen a – d.¹⁸ Voor het commissiedebat digitale zorg op 21 mei zal uw Kamer via een aparte brief nader worden geïnformeerd over de keuzes die ik heb gemaakt rondom de ADG en de HDAB.

Ten aanzien van onderdeel (e) over de dienst(en) voor toegang voor gezondheidswerkers¹⁹ (toegangsdienst voor gezondheidswerkers), zegt de EHDS dat deze als belangrijkste doel hebben: het faciliteren van zorgverleners om toegang te krijgen tot gezondheidsgegevens van de patiënt die onder hun behandeling staat. De wijze waarop deze toegangsdienst wordt vormgegeven wordt aan de lidstaten overgelaten.

Ik beschouw de toegangsdienst als een verzameling van:

¹⁷ Kamerstukken II 2025/26, 36 702, nr. 6

¹⁸ Kamerstukken I, 2025/26, 27529, nr. 355

¹⁹ Gezondheidswerker is de Nederlandse vertaling die de EHDS geeft voor de term Health professional

- Infrastructuur;
- (technische) Diensten;
- Functionaliteiten en digitale oplossingen.

Gezamenlijk moeten deze ervoor zorgen dat gezondheidsgegevens landelijk tussen zorgverleners kunnen worden ontsloten en beschikbaar gesteld. Op deze wijze kan worden voldaan aan wat de toegangsdienst voor gezondheidswerkers beoogt. Het LDN waarover ik uw Kamer hierboven heb geïnformeerd moet voor Nederland de toegangsdienst worden. Momenteel wordt door mijn ministerie dit nader technisch, juridisch en organisatorisch uitgewerkt.

De EHDS beschouwt het verlenen van toegang tot gezondheidsgegevens aan zorgverleners als essentieel in het kunnen waarborgen van de kwaliteit van zorg. Zorgverleners krijgen het recht op toegang tot gezondheidsgegevens van de patiënt die onder hun behandeling staat. De toegangsdienst voor gezondheidswerkers worden daarom door de EHDS gezien als een taak van algemeen publiek belang en voorziet daarmee in een grondslag voor de verwerking van gegevens op grond van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).²⁰

Het realiseren van de toegangsdienst voor gezondheidswerkers vereist dat er een GIS is dat de landelijke ontsluiting van gegevens faciliteert. Daarnaast moeten zorgverleners gefaciliteerd worden in de toegang tot deze gegevens via digitale oplossingen zoals portalen. Het mogelijk maken van de toegang tot gegevens is een verantwoordelijkheid van leveranciers van EPD-systemen.

EPD-systemen moeten voldoen aan bepaalde technische vereisten. Daarnaast moeten deze systemen ook in staat zijn om zorgmedewerkers toegang te bieden tot gezondheidsgegevens via een interface zoals bijvoorbeeld een inzagefunctie. Dit is een integraal onderdeel van de essentiële vereisten voor de geharmoniseerde softwarecomponenten van EPD-systemen.²¹ Daarbij kijk ik onder andere naar de samenhang tussen de door de EHDS verplichte softwarecomponenten voor EPD-systemen en de GIS-gestandaardiseerde koppelvlakken voor de aansluiting van EPD-systemen op het LDN. Ik wil hiermee de impact voor leveranciers van EPD-systemen én voor zorgaanbieders zo beperkt mogelijk houden. De komende maanden ga ik hierover met leveranciers van EPD-systemen in gesprek.

Implementatiestrategie

GIS-implementatiestrategie geldt ook voor implementatie LDN

In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) dat ondertekend is op 8 september 2025²² is afgesproken dat er een landelijke implementatiestrategie van het gezondheidsinformatiestelsel komt. De implementatie van het LDN volgt de afspraken vastgelegd in deze implementatiestrategie – die inmiddels door alle AZWA-partijen is geaccepteerd.²³

²⁰ EHDS-verordening overweging 19

²¹ EHDS-verordening annex II

²² *Kamerstukken I*, 2024/25, 31765, nr. 0

²³ <https://www.datavoorgezondheid.nl/onderwerpen/i/integraal-zorg-akkoord/implementatiestrategie>

Een van de afspraken uit de implementatiestrategie is dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk zijn voor de implementatie van de techniek, de aanpassing van hun werkprocessen en de borging van kennis en kunde in het zorgproces. Zorgaanbieders kunnen gebruikmaken van kennis en ervaring vanuit de technische testen en pilots en hebben toegang tot tools en handreikingen om aan te kunnen sluiten op het LDN. Hiervoor werkt het ministerie van VWS nauw samen met de sectoren en regionale samenwerkingsverbanden.

Van technische tests en pilots naar implementatie in het zorgveld

2026 staat in het teken van de omslag van technische testen en pilots naar implementatie door het zorgveld. We zetten hierin stappen waarin leveranciers als deelnemers aan de tests en pilots de kennis opdoen die ze vervolgens bij de zorgaanbieders implementeren. De fase van realisatie naar implementatie verloopt daarmee geleidelijk; steeds meer resultaten en daarmee specificaties worden in 2026 definitief, met als belangrijk kantelpunt 1 juli aanstaande. Het geheel aan afspraken en specificaties is daarmee weliswaar niet afgerond, maar er is dan wel voldoende gerealiseerd om die volgende fase van implementatiefase in te gaan. Samen met betrokken ICT-leveranciers maken we zichtbaar dat de techniek en processen de beoogde meerwaarde leveren voor de Wegiz-gegevensuitwisselingen en de in de EHDS geprioriteerde gegevenscategorieën.

Onderdeel van de opgeleverde oplossingen zijn de specifieke NEN-normen voor generieke functies. Deze worden dit jaar afgerond. Ik heb u toegezegd²⁴ om u over de NEN 7518, de norm voor specifieke inlogmiddelen, te informeren. Vaststelling van deze norm zit in de eindfase. Ik kom daar later op terug.

Met de resultaten van de technische testen en pilots voor generieke functies en het koppelen van infrastructures tot een veilig communicatienetwerk wordt de vertaalslag naar de werkvloer gemaakt. Het is aan het zorgveld om de resultaten van de technische testen en pilots te implementeren in hun eigen systemen en organisatie.

Dit levert concrete verbeteringen in de zorg op. De patiëntveiligheid neemt toe door betere gegevensuitwisseling, de administratieve lasten voor zorgverleners dalen en de patiënt hoeft minder vaak zijn of haar verhaal te herhalen. Naarmate meer partijen aansluiten, worden processen efficiënter en gezondheidsgegevens vollediger en sneller beschikbaar voor zowel de zorgverlener als de patiënt.

Technische test voor hergebruik infrastructuur

Voor uitwisselingen tussen zorgverlener en de burger hebben we in Nederland het MedMij Afsprakenstelsel als onderdeel van het LDN. Daarmee kunnen burgers met hun persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) veilig en betrouwbaar data ophalen bij aangesloten zorgverleners.

Omdat deze techniek al bij veel zorgverleners is ingebouwd ga ik in een technische test beproeven of de techniek die MedMij gebruikt ook breder ingezet kan worden.

Regionale ontwikkelingen

Met IZA-transformatiemiddelen zijn regio's ook zelf aan de slag gegaan met regionale databeschikbaarheid.

Om te zorgen dat landelijke en regionale initiatieven elkaar versterken, is nauwe samenwerking essentieel. Daarom heb ik met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en

²⁴ Kamerstukken II 2024/25, 36 702, nr. 6

CumuluZ afspraken gemaakt over de rolverdeling en de samenhang tussen het programma landelijk dekkend netwerk en regionale datavoorzieningen.

Het uitgangspunt van de afspraken is helder: we benutten de innovatiekracht en snelheid van de regio, en borgen tegelijkertijd landelijk de structurele samenhang. Zo voorkomen we dat zorgaanbieders en leveranciers geconfronteerd worden met tegenstrijdige keuzes of desinvesteringen en werken we gezamenlijk toe naar landelijke databeschikbaarheid in de zorg. Ook levert deze ontwikkeling een bijdrage aan meer doeltreffende en doelmatige resultaten rondom databeschikbaarheid.

Om de afspraken te bewaken, wordt er via een Coördinatieteam Digitale Samenwerkingsinitiatieven (CDS) gekeken naar de aansluiting tussen regionale en landelijke ontwikkelingen. Ik heb de zorgverzekeraars gevraagd dit te coördineren. Daarmee wordt de samenhang tussen landelijke en regionale trajecten versterkt, en het hergebruik van oplossingen gestimuleerd. CumuluZ heeft hierin een actieve bewakende rol. De deelnemende regio's ervaren dit als prettig omdat hierdoor een dialoog ontstaat en regionale en landelijke ontwikkelingen dichterbij elkaar komen.

Ook is afgesproken om de uitgifte van nieuwe publieke middelen te koppelen aan duidelijke en bindende criteria. Daarmee wordt beperkt dat met publieke middelen tegenstrijdige investeringen kunnen worden gedaan. Dit geeft regio's meer duidelijkheid ten aanzien van te realiseren functionaliteit.

Afsluiting: we kunnen het alleen samen

Het LDN blijft zich ontwikkelen en volgt daarin de koers van de NVS en de EHDS. Om de realisatie van het LDN te borgen en doorontwikkeling mogelijk te maken, verken ik de mogelijkheid om de regie en het beheer van het LDN en het Landelijk afsprakenstelsel onder te brengen bij de Autoriteit Digitale Gezondheid (ADG).

Ik werk er met mijn ministerie hard aan om het LDN zo snel mogelijk werkzaam te krijgen en waar mogelijk te verplichten. Máár: we kunnen dit niet alleen. Samenwerking is de sleutel tot succes.

Onder regie en sturing van mijn ministerie moet vanuit één agenda met alle zorgpartijen worden samengewerkt: zorgaanbieders, zorg-ICT-leveranciers, zorgverzekeraars en datahouders. Alleen zo kunnen we onze capaciteit en financiële middelen gericht inzetten voor deze complexe en veel omvattende transformatie en échte versnelling realiseren.

Ik houd u jaarlijks op de hoogte van de voortgang op databeschikbaarheid in de zorg.

Hoogachtend,

de minister van Langdurige Zorg,
Jeugd en Sport,

Mirjam Sterk