

Kamervragen over onveilige webbrowsers i.v.m. UZI-pas. VZVZ dekt zich in



Op 21 september meldde ik op deze website dat alle UZI-pas-houders een email van het UZI-register gekregen hadden. Het UZI-register valt onder de dienst CIBG van het ministerie van VWS. In die email stond het dringende verzoek om met ingang van 1 oktober geen update van de webbrowsers te doen. Dat is dus overmorgen. Het heeft te maken met het uitfaseren per 1 oktober van de browser-hulpprogramma's Java en Active X door de leveranciers van webbrowsers. Doet men de browser-updates wel, dan zal de UZI-pas niet meer werken was de boodschap. Deze pas is niet alleen in gebruik voor de autorisatie en authenticatie als een zorgaanbieder gebruik wil maken van het Landelijk SchakelPunt(LSP)om zorgdata uit te wisselen. Veel apotheek- en huisartsinformatie-systemen maken gebruik van de UZI-pas om werkers in te laten loggen in het systeem. Dat maakt dit probleem zeer pregnant. Inmiddels zijn door de Tweede Kamerleden Verhoeven en Dijkstra vragen gesteld over deze materie.

Webbrowsers

De Kamerleden focussen niet zozeer op het niet meer kunnen werken van zorgaanbieders door het uitvallen van het inlogstelsel met de UZI-pas, maar meer op het feit dat een webbrowser, waaraan geen updates uitgevoerd worden, snel

kwetsbaar wordt voor indringers. Er komen namelijk geen beveiligingsupdates voor de webbrowser meer binnen. Een indringende vraag van hen is dan ook of de inhoud van de brief door het ministerie van VWS gecoördineerd is met het Nationaal Cyber Security Centrum (NCSC)? Indien dat niet het geval is vragen de Kamerleden of de minister bereid is alsnog advies in te winnen bij het NCSC. Op zich is dit een zeer relevante vraag, maar daarnaast zou er ook aan de minister gevraagd moeten worden hoe ze denkt om te gaan met de verantwoordelijkheid voor de goede werking van zorginformatiesystemen van zorgaanbieders(huisartsen en apotheken). Onder verantwoordelijkheid van het ministerie is een inlog-systematiek opgetuigd met de UZI-pas, die alleen maar kan werken als een keten van software(en hardware) naar behoren werkt. Daarbij blijken nu hulpprogramma's voor webbrowsers de zwakke schakels in de keten te zijn.

VZVZ

Het kan geen toeval zijn dat de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) op het zorgverleners- en het ICT-leveranciersdeel van haar website net 24 uur voordat het UZI-register haar dringende email deed uitgaan een onschuldig lijkend artikel publiceerde, genaamd: [“Werken in de LSP-keten”](#). Daar zal wel enige overleg kort ervoor met het ministerie(UZI-register) als initiatiefnemer aan vooraf zijn gegaan.Wel heel toevallig gaat het artikel over storingen in de LSP-keten, waarbij een paar mogelijkheden werden genoemd met als laatste het geval dat de UZI-pas niet goed werkt. De zorgverlener kan dan klikken op een link naar een document genaamd [“Storingen in het LSP-Incidentmanagement”](#). De inhoud van dit zeer recent gemaakte stuk komt het erop neer dat de op het LSP-aangesloten zorgaanbieder vooral de helpdesk van de eigen ICT-leverancier moet bellen. Fijntjes wordt gewezen op [het Convenant gebruik landelijke infrastructuur 2016-2020](#) waar de rollen van alle deelnemers in beschreven staan. Mocht het totaal onduidelijk zijn waar een storing in de LSP-werking

vandaan komt dan ziet VZVZ nog wel een faciliterende taak voor haar eigen helpdesk.

Pers

Inmiddels hebben diverse media op het internet dit probleem met de UZI-pas opgepikt. Meerdere websites uit de [ICT-](#) en [beveiligingsbranche](#) brengen het bericht over de email van het UZI-register aan de pashouders. Op de website www.huisartvandaag.nl stond in een reactie op het eerdere artikel over dit onderwerp van mijn hand (dat ook daar verscheen), dat een huisarts op 25 september al meldde dat een update van Windows 10 bleef hangen op de software van Safe Sign(UZI-pas software). De waarschuwing verscheen bij hem dat installeren van de update de software van de UZI-pas onbruikbaar maakte. Het is net geen oktober. Over een paar dagen gaan we zien hoe groot het probleem wordt.

Wordt uiteraard vervolgd. Morgen is het 1 oktober.

W.J. Jongejan

Elektronische communicatie gecentraliseerd wetsontwerp 33509	zorgdata- griezelig met
---	--



Gisteren behandelde de Eerste Kamer(EK) plenair het wetsontwerp 33509. Het wetsontwerp 33509 beoogt de medische datacommunicatie, in het bijzonder de uitwisseling van gegevens via het Landelijk SchakelPunt(LSP), een wettelijke basis te geven. [Zeer uitgebreid voerden de minister van VWS en de diverse fracties het woord.](#) Duidelijk werd dat VVD, PVDA en CDA het wetsontwerp zeggen te steunen. Terwijl het naar mijn gevoel meer de taak van de Eerste Kamer is algemene lijnen te beoordelen en te bezien of de wetgeving wel kloppend is, ontstond toch het beeld van een zich in technische uitwerking verliezende EK-leden. Hoewel het wetsontwerp over alle elektronische zorgcommunicatie gaat, is het toch impliciet wel zo dat het bestaande centrale zorgcommunicatie-systeem met het Landelijk SchakelPunt(LSP) steeds verder centraal ingebed wordt. Meerdere keren had men het over de vormgeving van een ICT-systeem dat de gespecificeerde toestemming technisch vormgeeft. Gewezen werd op het nodige commitment bij de deelnemende ICT-bedrijven en de bedragen die nodig zijn voor de financiering. Dat komt neer op een centrale structuur in plaats van de decentrale vastlegging van de opt-in-toestemming die nu plaats vindt in de systemen van zorgaanbieders. Uiteraard gaat een dergelijk centraal toestemmingsysteem onderdeel uitmaken van de landelijke uitwisselstructuur van zorgdata.

Onmogelijk

[Het optuigen van weer een centraal systeem maakt de uitwisselingssystematiek uitermate kwetsbaar.](#) Het centraal bijhouden van een toegangsregistratie geeft grote veiligheids-

en privacyrisico's. Centraal regelen van het toestemmingsgebeuren maakt het voor uitwisselsystemen, die decentraal van opzet zijn de facto onmogelijk te opereren. Immers de vraag van een huisarts die met zo'n systeem werkt: "Mag ik uw medicatiedossier uitwisselen met de apotheek" mag straks niet meer gesteld worden met een simpel "ja". Het decentraal, kleinschalig, toestemming regelen zoals met de [Whitebox](#) kan dan straks niet meer. Zorgaanbieders, in dit voorbeeld huisartsen, verliezen daarbij hun professionele autonomie in het kiezen van een uitwisselsysteem voor zorgdata.

Onbegrijpelijk

Enerzijds beamen de EK-leden dat het werken met een generieke toestemming van patiënten voor de zorgdatacommunicatie niet de weg is die begaan moet worden. [Dat was ook vastgelegd in de motie Bruins Slot in de Tweede Kamer.](#) Anderzijds stemmen de fracties van VVD, PVDA en CDA wel in met een wetsontwerp dat de generieke toestemming minstens drie jaar lang laat bestaan, waarna specificering plaatsvindt als de techniek het dan eventueel geregeld heeft. Het is geenszins zeker dat zulks het geval is, waardoor de Nederlander langer met een onmogelijk geachte generieke toestemming opgescheept zit. In het debat werd ook nog door de minister gesuggereerd dat het uitsluiten van het delen van zorginformatie bij individuele zorgaanbieders na drie jaar mogelijk zou zijn. Dat is in tegenspraak met haar eigen definiëring van de gespecificeerde toestemming. Die gaat uit van het uitsluiten van categorieën zorgaanbieders boven op een generieke toestemming en niet van individuele werkers.

Toegang

In het kader van de toegang tot een (centraal) systeem voor de gespecificeerde toegang EN het regelen van het inzagerecht van patiënten in hun zorgdossier kwam de beveiliging van die toegang meerdere malen ter sprake. Gesproken werd over het

hoogst mogelijke beveiligingsniveau. Inzage door de patiënt in zorgdossiers vindt nu al plaats tussen zorgaanbieders (ziekenhuizen, huisartsen) enerzijds en patiënten anderzijds. Uiteraard is het de bedoeling van de minister om inzage in dossiers ook via het LSP te gaan regelen. [Op dit moment vindt daartoe al een proef in Friesland op kleine schaal plaats.](#) Daarbij vindt het regelen van de toegang plaats met behulp van [Remote Document Authentication](#) (RDA) met behulp van moderne smartphones en de NFC-chip in de moderne paspoorten en rijbewijzen. Deze RDA is één van de nieuwe manieren die de overheid wil introduceren in het kader van de nieuwe eID-mogelijkheden die de DigiD moet gaan vervangen. [De vooraanstaande beveiligingsexpert van de Radboud Universiteit Nijmegen Jaap-Henk Hoepman heeft al in begin 2015 aangegeven dat de overheid met de nieuwe eID-mogelijkheden waarmee authenticatie en autorisatie plaats vindt, een volkomen verkeerde weg heeft ingeslagen.](#)

Achterdeur

Uit het verslag van het EK-debat blijkt dat de leden ook benaderd zijn door de leiding van het Philips-concern om voor het wetsontwerp te stemmen. Men kan zich afvragen hoe dit nu past in dit wetsontwerp. Met het wetsontwerp en de uitwerking wil men de inzage in het medisch dossier door de burger regelen. Zoals ik in de vorige alinea aangaf komt daartoe een koppeling tot stand met grote systemen, zoals het LSP. De data, die opgevraagd worden, worden voor/door de burger in de cloud opgeslagen (bijv. met Microsoft Healthvault of enig ander alternatief). Philips of welk ander concern, dat geïnteresseerd is in big-data, kan de burger vervolgens verlokken met kortingen of andere incentives om de gegevens die in de cloud vastliggen te delen voor big-data-onderzoek. Het wetsontwerp heeft dan ook veel grotere consequenties dan menigeen ziet of wil zien.

Moties

Tijdens het debat kwam D66-fractielid van Bredenoord met twee moties die aparte consequenties hebben. [In de motie 0](#) verzoek hij de regering dataproductie-by-design verder uit te werken als het uitgangspunt voor de elektronische verwerking van medische gegevens en de Kamer daarover te informeren. Het aparte is dat bijvoorbeeld het LSP helemaal niet ingericht is als een systeem met dataproductie-by-design. In de opzet daarvan is het zelfs zo dat de data in de centrale LSP-computer kortdurend onversleuteld aanwezig zijn. Hoe gaat D66 dan de werking van het wetsontwerp zien bij een systeem dat niet aan die eis voldoet. [De motie P](#) zegt dat het toezicht door en het instrumentarium van de Autoriteit Persoonsgegevens(AP) geïntensiveerd dient te worden om zo haar taak adequaat uit te kunnen oefenen in relatie tot de ontwikkelingen op het terrein van digitalisering in de zorg. De motie verzoekt de regering dan ook hierover in overleg te treden met de AP, voorstellen te doen voor intensivering van het toezicht op de veiligheid van digitale uitwisseling van gegevens en daarvoor budget vrij te maken en de Kamer daarover te informeren. Hier wordt trouwens de regering aangesproken, omdat de AP onder het ministerie van Veiligheid en Justitie valt. Dit betekent dat de indieners van de moties het toezicht en het instrumentarium van de AP op dit moment volstrekt onvoldoende achten. Impliciet geeft men aan dat de AP tot heden haar werk ten aanzien van uitwisselsystemen niet goed heeft gedaan. Bovendien geeft men aan dat de AP thans onvoldoende budget en menskracht heeft om haar taak adequaat uit te voeren. Het is nogal wat dat dit op deze manier gebracht wordt.

Fractiediscipline

De fractievoorzitters van de VVD, PVDA en CDA in de EK hebben hun leden het advies gegeven voor het wetsontwerp te stemmen. Daarbij gaat het om 13 plus 8 plus 12 leden. Het is de vraag of de fractiediscipline zo groot is dat alle leden van de genoemde fractie voor zullen stemmen. [In het recent verleden](#)

[kenden we een drietal dissidente PVDA-leden die een wetsontwerp van de minister van VWS\(zorgwet\) deden stranden.](#)

Het is de vraag wat de D66 fractieleden gaan doen. Het voorstemmen voor het wetsontwerp geeft bij de toeschouwer het gevoel dat men een wrakke en lekkende olietanker niet wil stoppen en allerlei falende onderdelen voor lief neemt, omdat er nog lading op de bestemming aankomt. Het principiële wordt door de Eerste Kamer uit het oog verloren bij een poging door te stoten in de vaart der ICT-volkeren.

W.J. Jongejan

LSP werd LMP. Twee derde van Nederlanders wil geen huisartsdata delen



Het Landelijk SchakelPunt(LSP) is in de afgelopen drie jaar verworpen tot een Landelijk MedicatieoverzichtsPunt. Van een 400 miljoen euro kostend systeem dat bedoeld was om voornamelijk diagnose- en consult-informatie te transporteren van zorgaanbieder naar zorgaanbieder veranderde het tot een systeem waarmee eigenlijk voornamelijk medicatie-overzichten worden uitgewisseld. [Dat kan men simpel concluderen uit](#)

informatie die door de vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), verantwoordelijk voor het LSP, zelf verschaft wordt, maar ook uit het beroep dat de Patiëntenfederatie Nederland(PN) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie(KNMP) op 22 september jongleden op de leden van de Eerste Kamer deden om vooral voor het wetsontwerp 33509 te stemmen. Dit wetsontwerp beoogt de elektronische communicatie van medische data te regelen en zit bijzonder slecht in elkaar. Mede-ondertekenaars waren de ouderenorganisaties KBO en PCOB, de Nierstichting en het Rheumafonds. Beslist geen zorgbrede combinatie dus. In de oproep van dit kleine collectief valt op dat men zich daar in vrijwel volledig focust op de elektronische communicatie van medicatiegegevens en eigenlijk weinig op diagnose en consultgegevens van huisartsen. Het aardige is dat het precies de afspiegeling is van wat nu gebeurt met het Landelijk SchakelPunt(LSP). Er wordt, met beperkingen, redelijk wat medicatie-informatie via het LSP uitgewisseld. Het uitwisselen van diagnose- en consult-gegevens van huisartsen vindt zeer beperkt plaats.

Feiten en cijfers

VZVZ maakt telkens gewag van het hoge percentage zorgaanbieders dat aangesloten is op het LSP, maar veel belangrijker is het percentage Nederlanders, dat toestemming gaf medisch informatie te delen. Het blijkt dat 12,5 miljoen van de 17 miljoen Nederlanders toestemming gaf de medicatiegegevens bij de apotheek te delen. Dat is ruim twee derde. Wat betreft de diagnose- en consultgegevens bij de huisarts gevent nog steeds slechts 5,6 miljoen Nederlanders daarvoor de opt-in- toestemming. Dat is een schamele 32,9 procent. Dat aantal blijft vooral het laatste jaar van het driejarige private-LSP-bestaan vrijwel hetzelfde, alle pogingen ten spijt om dat massaal te doen stijgen. De conclusie is dat net iets meer dan twee derde van de bevolking niet wil dat de gegevens die vast liggen bij de huisarts

gedeeld wordt via het LSP. Dat lijkt me een niet mis te verstaan signaal.

31 seconden

Op de website van VZVZ staat onder feiten en cijfers heel flink dat er elke 31 seconden een verse opt-in-toestemming genoteerd wordt. Dat lijkt heel aardig, [maar in september 2015 was de score elke zeven seconden een opt-in-toestemming.](#) Door het ontbreken van enige referentie op de VZVZ-website valt niet op dat er een forse afname is van de toename van opt-in-toestemmingen. Doordat het op deze manier niet lukt om diagnose-informatie via het LSP inzichtelijk te maken worden tegenwoordig allerlei plannen gesmeed om PatiëntGezondheidsDossiers(PGD's) aan het LSP te gaan koppelen. [De gedachte daarachter is dat de burger aan de huisarts vraagt zijn PGD te vullen met informatie, waarna die informatie via het LSP door een koppeling daaraan met een patiënten-portaal opgevraagd kan worden.](#)

Trouwe vazallen

Dat de Patiëntenfederatie Nederland(voorheen NPCF) de Eerste Kamer zou gaan opwekken om voor het wetsontwerp 33509 te stemmen was volledig te verwachten. [Ze is voor meer dan negentig procent van haar begroting afhankelijk van directe of indirecte subsidie van het ministerie van VWS.](#) Al vele malen eerder deed deze federatie een duit in het zakje op momenten, dat de minister van VWS steun nodig had. VWS koopt zo haar eigen support in. Van de KNMP was ook te verwachten dat ze zich zouden roeren. De apothekers zijn de laatste tien jaren door het ministerie fors uitgeknepen en zien nu kans zonder een financiële veer te laten in het gevecht bij de minister te blijven. Daarbij speelt ook een rol dat de apotheekorganisatie een krachtige rol heeft gespeeld bij het opheffen van de OZIS-netwerken waarover voordien medicatiegegevens werden uitgewisseld. De KNMP heeft vol ingezet op het gebruik van het LSP om medicatiegegevens elektronisch te transporteren en zit niet te wachten op een tweede LSP-deconfiture. Het is zeer

opvallend dat de gelegenheidscombinatie die nu de Eerste Kamer benadert slechts twee categorale patiëntenverenigingen bevat. Blijkbaar lukte het niet om meer van deze verenigingen te mobiliseren.

Massale afwijzing

De moraal van het verhaal is dat er een soort wanhoopsoffensief gaande is vanuit VWS om het wetsontwerp 33509 toch door de Eerste Kamer te loodsen. De poging die nu door het genoemde collectief gedaan is laat inhoudelijk heel duidelijk zien waar het aan schort met het LSP. De bevolking wil in meerderheid wel medicatiegegevens laten delen, maar tegelijkertijd in meerderheid niet de diagnose- en consultgegevens, die bij de huisarts vastgelegd zijn, laten delen.

Tegelijkertijd moet men ook beseffen dat de via het LSP beschikbare informatie over medicatie van een patiënt forse beperkingen kent. [Ik schreef hier eerder over.](#) Men kan er als zorgaanbieder niet blindelings op vertrouwen en zal dus altijd met de patiënt in gesprek moeten gaan om te controleren wat het LSP-medicatie-overzicht laat zien.

W. J. Jongejan

Zo lopen de gootjes als het regent: longread over big-data en LSP



Er bestaat een grote samenhang tussen elektronische medische datacommunicatie, het LSP, de Persoonlijke GezondheidsDossiers (PGD's), big-data en wetsontwerp 33509 dat op 27-09-2016 voorligt ter plenaire behandeling en stemming in de Eerste Kamer. Zorgdata houden de gemoederen al enige tijd bezig. Het elektronisch communiceren van zorgdata heeft voor de overheid de mogelijkheid geopend veel data te verzamelen. Dat is inmiddels al op vele manieren gebeurd, onder andere in het DBC-Informatie-Systeem(DIS). Dat daarbij function-creep op de loer ligt en ook plaats vindt hoef ik hier niet uit te leggen. Het ministerie van VWS poogde in een eerder stadium het Landelijk Elektronisch Patiëntendossier(L-EPD) van de grond te krijgen, maar die poging strandde in april 2011 in de Eerste Kamer. Daarna zorgde de minister ervoor dat het Landelijk SchakelPunt(LSP), de kern van het L-EPD, overging in private handen. Daartoe werd de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) opgericht. Het gebruik van het LSP, dat alleen goed van de grond kan komen als vrijwel alle burgers hun opt-in-toestemming geven bij de bronddossierhouders(huisartsen en apothekers) kampt met forse problemen, omdat de burger wel massaal ja zegt tegen het delen van medicatiegegevens via de apotheken, maar bij huisartsen veel terughoudender is. Slecht één derde van de Nederlanders geeft de toestemming voor het delen van de samenvatting van het huisartsdossier. Door het voortsudderen van het LSP-gebruik en de wens van grote bedrijven big-data-analyses te doen zijn er allerlei bewegingen gaande van VWS en private partijen waarbij andere wegen gezocht worden om zorgdata uit te wisselen en te ontginnen voor exploitatie (resourcegrabbing). Zie: <http://www.beroepseer.nl/nl/groepsblog/algemeen/itemlist/user/3492-abvaneldijk> . Een centrale rol bij het dataverkeer van medische informatie speelt het wetsontwerp 33509.

33509

Komende week(27 september) [behandelt de Eerste Kamer het wetsontwerp 33509 over de elektronische communicatie van medische informatie.](#) Dat gaat niet alleen over datacommunicatie via het LSP maar over alle vormen van medische datacommunicatie. Ook dataverkeer van medische informatie die grote concerns willen gebruiken bij big-data-analyse valt daaronder. Wetsontwerp 33509 speelt dus een cruciale centrale rol.

De manier waarop burgers toestemming verlenen om medische data beschikbaar te stellen voor inzage in die data is bijzonder slecht geregeld in het wetsontwerp. Een algemene(generieke) toestemming om medische samenvattingen beschikbaar te stellen voor inzage werd door critici te uitgebreid geacht. Daarop kwam de minister met het gedrocht van de gespecificeerde toestemming. Dat houdt in dat de patiënt medische gegevens beschikbaar stelt voor inzage ,maar daarbij kan aangeven welke groepen zorgaanbieders wel of niet inzage mogen hebben in die informatie. Tijdens de laatste behandelingsrondes in de Eerste Kamer wilde de minister de gespecificeerde toestemming voor een jaar of drie laten rusten vanwege invoeringsproblemen in het veld. Tegelijk wil ze toch het wetsontwerp door de Eerste Kamer loodsen met een tijdelijke(drie jaar) goedkeuring om alleen de generieke toestemming te gebruiken. Dit is een zeer vreemde en buitengewoon ongewenste move. Het verstandigste dan ook is als de Eerste Kamer het wetsontwerp niet aanneemt.

PGD

Inspelend op de wens van patiënten eigen data te beheren is VWS gaan beseffen dat via de weg van Persoonlijke GezondheidsDossiers(PGD's) misschien te bereiken was wat met het LSP niet gaat lukken. Via de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie(NPCF), thans Patiëntenfederatie Nederland(PN), verkent men het pad van de PGD's ook uitgebreid. Geen verrassing omdat de federatie financieel voor

meer dan 80 % drijft op subsidies vanuit het ministerie van VWS. Er bestaan een aantal commerciële PGD's, oa Microsoft HealthVault. Meerdere grote bedrijven, maar ook de Engelse NHS, hebben zich er mee bezig gehouden, doch velen slaagden er niet in het tot een succes te maken. In Nederland ligt het nu wat anders, omdat er vanuit het ministerie direct en indirect support is voor het gebruik van een commercieel PGD. De PGD's zouden aanvankelijk in de optiek van minister en PN deels gevuld worden door de patiënt zelf en deels via informatie die de patiënt bij burger en apotheek opvraagt onder het motto: "ik wil mijn data". Toen het duidelijk werd dat het LSP-gebruik op de beoogde manier niet veel ging betekenen, zijn er andere ideeën opgeborend om toch van het LSP een succes te maken.

Masterplan

Gaandeweg is uit diverse publicaties duidelijk geworden wat het "masterplan" in dezen is. Het gaat om de koppeling van de PGD's aan het LSP. Over verschillende onderdelen heb ik de afgelopen maanden op mijn website www.zorgictzorgen.nl gepubliceerd.

<https://www.zorgictzorgen.nl/pgds-schuiven-sluipend-richting-lsp-op/>

<https://www.zorgictzorgen.nl/aanvalsvlak-lsp-voor-indringers-weer-groter-door-pgd-lsp-koppeling-2/>

<https://www.zorgictzorgen.nl/betalen-met-je-eigen-zorgdata-voor-big-data-analyse-philips/>

Door de burger zijn/haar PGD via een portaal van VZVZ te laten koppelen aan het LSP kan zorginformatie heen en weer gepompt worden en is men niet meer zo afhankelijk van lastige zorgaanbieders die OF geen aansluiting op het LSP hebben OF indien wel aangesloten zorgaanbieders geen opt-in-toestemmingen aan patiënten vragen. Een opvragende zorgaanbieder kan met de PGD-LSP koppeling ook informatie uit

een PGD opvragen.

Toegang

De aansluiting van burgers op het LSP vergroot het aanvalsvlak voor inbraakpogingen gigantisch. Zorgaanbieders moeten met speciale pasjes(UZI-pas) inloggen. Voor de patiënten is bedacht dat het inloggen met behulp van RDA-technologie zou moeten gaan lopen. RDA staat voor Remote Document Authenticatie. Daarbij wordt m.b.v. de Near Field Chip(NFC) van een modern paspoort of rijbewijs uitgelezen met een modern type smartphone. 50 % van de smartphones in 2014 zou dit al kunnen. Het beveiligingsniveau dat bij de DigiD met sms bevestiging nog Stork 2 was, wordt nu Stork 3 (maximum is 4).

Zie:

<https://ecp.nl/projecten//elektronische-identiteit-in-nederland/4516/rdw.html>

Over deze verandering in het eID-stelsel van de overheid [schreef de Algemene Rekenkamer zeer recent een zeer kritisch artikel](#) om de Tweede kamer meer achtergrondgegevens te verschaffen bij de besluitvorming over die verandering.

Hoe het ook zij de RDA-beveiliging zal een gigantisch probleem blijven. De vraag is natuurlijk waar de burger zijn/haar data heeft staan. Kansrijk daarbij is Microsoft Healthvault, een cloud-based dataplatform, waar een ieder zijn/haar zorgdata kan opslaan in een digitaal kluisje. De burger zou dan gegevens uit het eigen PGD via het LSP inzichtelijk kunnen maken voor zorgaanbieders en ook via het LSP gegevens bij zorgaanbieders opvragen, bijvoorbeeld medicatiegegevens bij apotheken. De communicatie van de burger met de zorgkluis zou dan via een app op een smartphone kunnen lopen. Begin dit jaar is een proef op beperkte schaal gestart in Friesland, waarbij medicatiegegevens via een aan het LSP-gekoppeld portaal uitgewisseld worden.

Zie:

<https://www.zorgictzorgen.nl/wp-content/uploads/2015/12/Presen>

[tatie-Esther-Bijma-0ZIS-Fryslan-GERRIT.pdf](#) . Het uitwisselschema dat gebruikt wordt ziet er zo uit (schema uit presentatie Esther Bijma uit bovenstaande link)

Schema 1

De grote bedrijven

Het Philips-concern houdt zich niet meer bezig met gloeilampen of televisies maar focust zich op "Health". Naast het maken van scanners is een nieuwe bedrijfsfilosofie geformuleerd waarin men inzet op big-data-analyse die daarna te gelde wordt gemaakt. Die data moeten ergens vandaan komen. Dat kan niet door wat contracten met ziekenhuizen of individuele zorgaanbieders te sluiten, maar kan alleen slagen als het concern op grote schaal toegang krijgt tot zorgdata. Recent werd het me door een publicatie in een online-magazine duidelijk wat Philips beoogt. (Zie: <http://www.digitalezorg.nl/digitale/interview-met-jeroen-tas-p-hilips-over-ehealth-het-gaat-om-het-totale-gezondheidspad/>) Niet alleen een bedrijf als Philips is overigens geïnteresseerd in zorgdata. Ook een bedrijf als RELX (voorheen Reed-Elsevier) heeft big-data-honger. (zie: <http://www.nrc.nl/nieuws/2016/07/27/privacyregels-zitten-groei-in-de-weg-3335942-a1513630>). Door de publicatie van het interview met Philips-directeur Jeroen Tas is het duidelijk dat men bij dat bedrijf aanstuurt op de toegang tot de achterkant van een soort zorgkluis (lees: PGD) waardoor data op gepseudonimiseerde wijze daar afgetapt kunnen worden.

AVG

Zeer bedenkelijk is de rol die Nederland speelde bij de totstandkoming van de [Algemene Verordening Gegevensbescherming](#) die op 5 april 2016 door het Europees parlement is aangenomen en die de Wet bescherming persoonsgegevens grotendeels gaat vervangen. Daarin wordt gesteld in paragraaf 26 dat deze verordening geen betrekking heeft op de verwerking van

dergelijke anonieme of gepseudonimiseerde gegevens, onder meer voor statistische of onderzoeksdoeleinden. Het positieve Nederlandse advies over deze verordening berustte op een panel-raadpleging van het Nivel (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en niet op een uitgebreide publieke raadpleging. Het was een voorbeeld van panel-democratie. De Nederlandse overheid lijkt het [“Engelse model”](#) te willen omarmen dat commerciële toegang tot zorgdata mogelijk wil maken. In het Verenigd Koninkrijk heeft de National Health Service (NHS) een onderdeel Care.Data dat de zorgdata wilde vermarkten. Daartoe sloot het NHS-onderdeel Care.Data contracten af met o.a. Google's DeepMind voor big-datanalyse. Ik schrijf nadrukkelijk “wilde” want zeer recent heeft [de NHS het Care.data-programma gestopt](#) vanwege het enorm dalen van het publieke vertrouwen door de afgesloten contracten. Burgers die in theorie een opt-out-mogelijkheid kunnen uitoefenen waren niet gekend over de mogelijkheid dat te doen. Bovendien gingen de contracten ook over zorgdata die tot vijf jaar terug vastgelegd waren, waardoor het uitoefenen van een opt-out vrijwel onmogelijk was..

Propaganda

In allerlei advertorials wordt geschermd met de gezondheidswinst die uit die big-data-analyse behaald kan worden. Nu reeds scheidt men een sfeer van: “ U bent gek als u niet meedoet. Het is zo goed voor u”. In de tussentijd is het gewoon handel op basis van resource-grabbing.

Overzicht

Onderstaand heb ik de samenhang tussen wat in het voorgaande besproken is voor wat betreft Nederland trachten vast te leggen in een vereenvoudigd schema.

Schema 2

Beroepsgeheim

Het moge duidelijk zijn dat diverse partijen bezig zijn een ragfijn spel te spelen, zoals Marten Toonder meerdere keren in Bommel-verhalen liet optekenen. Het gaat in dit spel niet om wat grijpstuivers maar om een miljardenhandel. Het grote probleem met dit soort constructies is dat het zich absoluut niet verdraagt met het medisch beroepsgeheim dat niet een recht van de dokter is, maar een plicht. De patiënt heeft recht op de vertrouwelijkheid van de spreekkamer. Het geven van een eenmalige toestemming door de burger veronderstelt dat de burger zich altijd bewust is van het feit dat hetgeen vastgelegd wordt in het dossier van de zorgaanbieder te allen tijde gedeeld mag worden.

Bovendien gaat het ongelimiteerd verzamelen van zorgdata buiten behandelrelaties voorbij aan de klassieke betekenis van het beroepsgeheim. Daarin is het zo dat bij het delen van informatie met een andere zorgaanbieder dan de brondossierhouder altijd sprake moet zijn van toestemming van de patiënt welke informatie voor welk doel met enige gekende derde wordt uitgewisseld. Een generieke (algemene) toestemming om toekomstige, dus nog onbekende, informatie uit te wisselen is daar volledig strijdig mee. In die zin is de beoogde big-data-verzameling en – analyse niet verenigbaar met het medisch beroepsgeheim.

Voorbijgegaan wordt aan het feit, dat hetgeen vastgelegd is, geen volledig objectieve informatie is maar veelal een subjectieve beoordeling van wat besproken en onderzocht is. De zorgaanbieder zelf kent de werkelijkheid die achter die notities schuilt. Gaandeweg echter in een keten van gekoppelde systemen krijgt datgene wat vastgelegd wordt welhaast absolute waarde. Overgedragen informatie is in principe te onbetrouwbaar om volledig op te varen voor verdere behandeling van een patiënt.

Zorgaanbieders horen dit te weten en zijn ook, tuchtrechtelijk, gehouden om los van de via communicatie verkregen informatie bij verdere behandeling zelfstandig hun

oordeel te vormen met (aanvullend) diagnostisch onderzoek. De concerns die de zorgdata willen aftappen willen die beperking niet zien en hebben slechts oog voor het om niet verkrijgen/tappen/gappen/grabben van data met een zeer hoge marktwaarde. De marktwaarde komt tot uiting in de prijs die zij de burger/zorgverzekeraar/overheid willen laten betalen voor hun uit die data verkregen product.

Geen noodzaak

Behoudens de door bedrijven gevoelde drang om met big-data geld te verdienen is er strikt genomen geen noodzaak voor dergelijke data-verzamelingen met gegevens van miljoenen mensen. Onderzoeken naar nut en noodzaak van therapieën of het ontdekken van potentiële dwarsverbanden kan ook beter en betrouwbaarder door medische professionals op veel beperktere schaal bereikt worden met gerichte en beperkte gegevensverzamelingen die een omschreven doel hebben. [In een recent rapport van de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid, gemaakt door Leo Ottes, wordt dat bevestigd.](#) In hoofdstuk 9.5 stelt Ottes dat met big-data alleen verbanden kunnen worden aangetoond, waarbij het niet zeker is of deze verbanden betekenis hebben. Hij vervolgt daarna met de constatering dat big-data wetenschappelijk onderzoek niet kan vervangen. De geschiedenis heeft geleerd dat bij megadataverzamelingen zonder een duidelijke doelbinding onvermijdelijk sprake is van “function-creep”. Het kan ook anders. Met [het Whitebox-alternatief](#) is communicatie van zorgdata tussen zorgaanbieders onderling mogelijk zonder gebruik van een tussenstation als het LSP en zonder dat sprake is van systemen die aan deze verbinding gekoppeld zitten . En het opvragen van betrouwbare gegevens voor een specifiek onderzoeksdoel blijft ook dan nog steeds mogelijk.

W.J. Jongejan

UZI-pas-problemen door stoppen Java en ActiveX-ondersteuning webbrowsers



Vandaag (21-09) stuurt het UZI-register aan de klanten van het UZI-register [een bericht per email over het mogelijk niet goed meer werken van de UZI-pas vanaf oktober 2016](#). Dat komt volgens het afdelingshoofd UZI-register, Esther Dekkers, omdat leveranciers van webbrowsers, zoals de Internet Explorer of Google Chrome, vanaf oktober een tweetal externe onderdelen, namelijk Java en ActiveX, uit de browsers laten verdwijnen. De UZI-pas-lezer maakt gebruik van bepaalde webbrowser-onderdelen voor identificatie, authenticatie en het plaatsen van digitale handtekeningen op medisch gerelateerde documenten. Het is daardoor weer eens duidelijk hoe kwetsbaar het UZI-pas-systeem is voor mutaties in externe software. De UZI-pas maakt gebruik van een hele keten van softwaretoepassingen, waarbij een kink in de kabel bij één onderdeel het hele kaartgebruik kan stilleggen. Dat heeft uitermate grote consequenties, omdat de moderne huisarts-/zorgsystemen vaak gebruik maken de UZI-pas voor het inloggen. Een niet werkende UZI-pas betekent dan niet kunnen inloggen in het eigen zorgsysteem. Ook de medische datacommunicatie via het Landelijk SchakelPunt(LSP) is

afhankelijk van het gebruik van de pas. Zonder inlog met de UZI-pas is er geen dataverkeer via het LSP mogelijk.

Java en ActiveX

De UZI-pas-lezer maakt in veel gevallen gebruik van bepaalde webbrowser-onderdelen. Java en Active X zijn er twee van. Beide onderdelen worden niet door de webbrowser-leverancier (Microsoft, Google etc) zelf gemaakt, maar zijn softwareprogramma's die als applicaties in de browser geïnstalleerd kunnen worden. Het doel daarbij is om bepaalde andere software in de browser te kunnen inladen en te laten draaien. Omdat de browser-leveranciers deze onderdelen vanaf oktober 2016 niet meer ondersteunen loopt de werking van de UZI-pas en daardoor de praktijkvoering nu gevaar.

Zeer kort, negen dagen, voor het begin van de maand oktober wordt nu gewaarschuwd om niets te veranderen aan de huidige browser-configuratie en te wachten tot een oplossing beschikbaar is. Het houdt bijvoorbeeld in dat als u in uw scherm een melding krijgt dat u de Java- of ActiveX- software moet updaten, u geen update daarvan meer installeert. Overleg met uw eigen softwareleverancier voor de praktijksoftware lijkt me uitermate zinvol. Al was het maar om in gezamenlijkheid te zien of er niet ingesteld is dat de updates voor de nu gewraakte software automatisch plaatsvindt.

Kwetsbaarheid

Al eerder was duidelijk hoe kwetsbaar de softwareketen is rond de UZI-pas. [Zo was een update van Windows 10 Enterprise in december 2015 verantwoordelijk voor het uitvallen van de werking van de UZI-pas.](#) Pas na een nieuwe update van deze versie van Windows 10 was het probleem opgelost. De cascade van aan elkaar gekoppelde software en de afhankelijkheid van leveranciers ervan maakt het geheel zeer kwetsbaar. Andermaal blijkt dit nu weer. Het is een kwestie van wachten voor weer een voorbeeld hiervan voorbij komt. Het nare is dat de

praktijkvoering van veel zorgaanbieders inmiddels afhankelijk is van de goede werking van de UZI-pas. Men zou er goed aan doen de afhankelijkheid van externe software voor het pasgebruik te minimaliseren en liefst tot nul terug te brengen.

W.J. Jongejan

Nonsens innovatie: de elektr(on)ische rollator



Op de IFA, de grootste consumentenelektronicabeurs in Berlijn, presenteerde de startup [eMovements](#) een noviteit, namelijk de slimme rollator voor senioren. Het gaat om Ello, een elektr(on)ische rollator. De website www.smarthealth.nl maakte er [op 5 september j.l. slaafs melding van](#) zonder zich in goeden gemoede af te vragen wat de meerwaarde eigenlijk is van een dergelijk product. Bij lezing van het artikel en de informatie op [de website waarop men de Ello presenteert](#) is al snel te concluderen dat het hier om nonsens-innovatie gaat. Er blijkt nog geen enkel productiemodel gemaakt te zijn. Op de IFA presenteerde eMovements een prototype. Crowdfunding voor de productie van de eerste 50 zou nog gaande zijn. Een grote toekomst zal het product beslist niet gaan krijgen met een prijs van 2490 euro. Na een productbeschrijving zal ik ingaan

op de onzinnigheid van deze “innovatie”.

Eigenschappen

De Ello heeft volgens de omschrijving veel functies:

- Onopvallende elektronica
- Uitneembare accu om het laden te vergemakkelijken
- Elektrische aandrijving van de achterwielen
- Automatische rem
- Licht en stevig frame
- Zwaardere belading mogelijk door “geoptimaliseerd” ontwerp
- GPS-locator ingeval van diefstal
- Intuïtieve bediening in het handvat met toeter en SOS-noodoproep.

Het apparaat weegt in totaal veertien kilo.

Kritiek

Het belangrijkste kritiekpunt is de elektrische voortstuwing van de rollator. Volgens de ontwerpers moet dit helpen om een helling op te gaan of gewoon voorwaarts te gaan. Men moet zich daarbij wel bedenken dat de eigenaar niet op iets staat, maar voortgetrokken wordt door de rollator. Het is als het ware of iemand je beide handen vasthoudt en je vooruit trekt, terwijl je zelf toch zowel de zwaartekracht moet overwinnen als je voortbewegen. Het automatisch afremmen bij een helling afgaan kan zeer verwarrend werken aangezien Ello ook twee handbediende remmen heeft zoals elke rollator. Iedere rollatorgebruiker heeft de neiging bij het aflopen van een helling zelf actief te remmen. Door alle elektronica, de accu en de motoren is de Ello meer dan twee keer zo zwaar als de huidige generatie lichtgewicht rollators, die rond de zes à acht kilo wegen. Op een toeter op een rollator zit naar mijn gevoel niemand echt te wachten. Als het zo nodig moet, is een

bescheiden fietsbel wel zo handig en goedkoop. Met de Ello creëert eMovements een product dat tien maal zo duur is als de duurste rollator die nu in Nederland te koop is. [Al vanaf € 39,95](#) worden hier licht gewicht rollators aangeboden, waarbij de prijs verder op kan lopen tot ongeveer € 250. Met Ello wordt een soort bovenklasse onder de rollators gemaakt, die in theorie weer diefstal aantrekkelijk maakt. Een soort Rolls-Royce onder de rollators. Dat men daar toch mee zit blijkt uit de aanwezigheid van een GPS-locator voor het geval de rollator gestolen wordt.

Zinloos

Het moge duidelijk zijn dat een bedrijf dat zich zegt bezig te houden met mobiliteitsoplossingen met auto's en e-bikes juist met Ello als eerste product komt. Het is een zinloze innovatie die enorm veel geld kost en niets zinnigs toevoegt. Jammer is dat Nederlandse sites als www.smarthealth.nl dergelijke innovaties kritiekloos op hun website brengen. Het begrip innovatie lijkt dan zo overheersend dat niet of nauwelijks wordt nagedacht over de meerwaarde van een vinding. Een gemiste kans om innovaties serieus te positioneren en niet alleen juichtaal en mooipraat te plaatsen op de website.

W.J. Jongejan

Commercieel SingularityU NL schurkt ongegeneerd aan tegen academische wereld



In februari 2016 vond de oprichting plaats van SingularityU NL in Eindhoven, als de Nederlandse tak van de Amerikaanse Singularity University. Eerder maakte ik al duidelijk dat de opgerichte organisatie in de verste verte geen universiteit is, maar gewoon een bedrijf met een CEO, Rob Nail. Het NRC-Handelsblad omschreef het als een instituut dat het midden houdt tussen kennisinstelling, adviesbedrijf, evenementorganisator en investeringsmaatschappij. Gebruik maakt men van woorden als university, faculty, alumni om het bedrijf een academisch sausje te geven. Op de website www.E52.nl schurkt Maarten Steinbuch, bijzonder hoogleraar aan de Technische Universiteit Eindhoven en zeer actief binnen SingularityU in een artikel genaamd "Towards a humanised digital society" wel heel erg aan tegen de academische wereld. Refererend aan de opening van het academische jaar in begin september brengt hij een recent rapport van de Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten(VSNU) ter sprake dat als titel had: "De digitale samenleving" en als subtitel: " Nederland en zijn universiteiten: internationale pioniers in mensgerichte informatietechnologie". Steinbuch gaat dan in een vloeiende beweging verder door te stellen dat de boodschap van dit rapport volledig in lijn is met de denkwereld van de Singularity University. Dat de grote sociale vraagstukken echt opgelost kunnen worden door de massale en snelle ontwikkeling van de technologie. Op die manier wekt Steinbuch mede de indruk dat deze organisatie ook zelf een vorm van officieel hoger onderwijs is.

Universiteit?

Hoewel de Nederlandse vestiging van Singularity University(SU) uit de Verenigde Staten steevast "SingularityU The Netherlands" genoemd wordt, is uit allerlei uitingen van activiteiten toch wel degelijk duidelijk dat de "U" in de naam voor University staat. Cursorisch onderwijs aan ingeschreven studenten vindt niet plaats. Wel organiseert men congressen, vaak "summits" genaamd tegen een zeer royale tarief met als onderwerp vooral de mogelijkheden van de voortschrijdende techniek.

SingularityU The Netherlands is niet geregistreerd als instelling van hoger onderwijs bij de [Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie\(NVAO\)](#) die alle universitaire opleidingen accrediteert. Ook is SingularityU niet te vinden in [de CROHO-database](#). Dat is het Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs.

De vraag is ook of SingularityU haar naam in de toekomst mag blijven gebruiken als het [wetsontwerp 34412 van minister Bussemaker](#) dat nu voorligt in de Tweede Kamer het hele parlementaire traject gepasseerd heeft. Met deze wet (kortweg genaamd: wet bescherming namen en graden hoger onderwijs) wil de minister er voor zorg dragen dat het onderwijslandschap niet vervuild raakt met organisaties die zich universiteit of hogeschool noemen(ook vertalingen van die begrippen). Ook titels als professor, lector etc zou men zo bescherming willen bieden. Het argument daarbij van de bewindsvrouw is dat bij studenten en de bevolking geen valse verwachtingen gewekt mogen worden over het soort onderwijs dat men geniet.

Gewoon marketing

Wat is de reden om een organisatie zonder enige academische opzet toch te afficheren als iets academisch? De meest voor de hand liggende reden is een commerciële. Het is gewoon een vorm van marketing. Zoals zo vaak bij reclame wordt een bepaalde suggestie gewekt die bezijden de werkelijkheid is. [Omdat SingularityU The Netherlands Faculty net als de moeder-](#)

[organisatie een profit-organisatie is](#) zal men omzet moeten draaien en winst maken. Daarbij is marketing noodzakelijk om een goede marktpositie te krijgen en te behouden. Dat er bij SU grote financiële belangen spelen is te zien aan het aantal en het soort (grote) bedrijven die een partnership met SU zijn aangegaan, zoals Google, Cisco, Genentech etc.. Ook in Nederland is te zien dat grote bedrijven als Philips, KPN, Deloitte aanhaken. Grote bedrijven zijn geïnteresseerd in SU omdat het als een betaald platform fungeert voor technologische startups. Deze kunnen soms veelbelovende vindingen voor het voetlicht brengen. Het is een manier voor grote, vaak wereldwijd opererende bedrijven om vroegtijdig nieuwe ontwikkelingen, die niet binnen de eigen organisatie tot ontwikkeling kwamen op de radar te krijgen. Het is gewoon een zakelijk belang om op een geconcentreerde manier nieuwe ontwikkelingen makkelijk gepresenteerd te krijgen en eventueel de start-up over te nemen.

Telegraaf Media groep

[Deze organisatie neemt een bijzondere plaats in als “founding partner” en “media partner”](#) de Nederlandse tak van de Singularity University. Als ondersteuner levert De Financiële Telegraaf ruimte op haar website waar ze onder de rubriek Specials zestien artikelen over de activiteiten van SingularityU plaatst. [Klik je op één van die artikelen dan wordt met kleine letters boven de tekst zichtbaar dat het om een commercial gaat.](#) (Home » DFT » Specials » Commerciële Bijlage | Singularity University). Geen kritische eigen tekst, maar doodgewoon een advertorial voor SingularityU die betaald is door de Telegraaf Media Groep zelf. TMG betaalt hierbij dus gewoon voor de content op de eigen website.

W.J. Jongejan

Krokodillentranen over zorgmijding door hoog eigen risico



[Vandaag verscheen het onderzoeksresultaat in de pers](#) dat de zorgverzekeraar VGZ heeft laten verrichten bij NIPO TNS over de gevolgen van het eigen risico in de zorg, met name ten aanzien van zorgmijding. [NRC](#) en [NOS](#) brengen het prominent. Eén op de vijf Nederlanders(20%) zegt dit jaar zorg gemeden of uitgesteld te hebben. Voor de lagere sociale klassen ligt dit percentage veel hoger(25 tot 29%). 14% van het Nederlands publiek geeft aan dit jaar een betalingsregeling te hebben afgesloten met de zorgverzekeraars om het eigen risico te kunnen betalen. Dat is niet gering. [Inmiddels heeft Tom Kliphuis, bestuursvoorzitter van VGZ voor de camera](#)(zie video in deze link) laten weten dat hij dat ook forse, ongewenste percentages vindt. Hij doet dan ook een oproep aan de politiek om iets aan de hoogte van het eigen risico te gaan doen.

Kenden we deze toch wel schokkende informatie nog niet? Heeft iedereen tot nu toe zitten slapen? Niets is minder waar. Vanaf de werkvloer zijn er al heel lang signalen dat door het hoge eigen risico burgers wel degelijk zorg mijden. In de Tweede Kamer hebben oppositiepartijen dit al veel langer aangekaart. Sussende woorden waren telkens de reactie van de minister van VWS, daarbij ondersteund door dubieus onderzoek van NIVEL, het

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Dat verscheen op 28 oktober 2015 onder de naam [Inzicht in zorgmijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken.](#)

NIVEL

Dit instituut kwam toen tot de conclusie dat de forse verhoging van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering in 2013 niet één-op-één geleid heeft tot meer mensen, die afzien van zorg. Het was een conclusie die echter niet zo op papier gezet had mogen worden, omdat de publicatie duidelijk vermeldt dat bepaalde groepen kwetsbare mensen in het consumentenpanel gezondheidszorg van NIVEL ontbraken. Men vermeldde dan ook in de publicatie dat dit betekende dat het gevonden percentage zorgmijders een onderschatting kon zijn. Het behoeft geen betoog dat de sussende taal in de eindconclusie door het ondervertegenwoordigd zijn van kwetsbare groepen niet gebruikt had mogen worden. Het was en is een rapport dat het NIVEL onwaardig is. Dat toch een eindconclusie op papier gezet werd, zal te maken gehad hebben met de opdrachtgever en subsidieverstrekker voor dit onderzoek: het ministerie van VWS. [Ik schreef er op 30 oktober 2015 op deze website al over.](#)

Helaas wijst de NRC vandaag de Landelijke HuisartsenVereniging(LHV) als mede-opdrachtgever aan in haar artikel, maar dat is beslist niet het geval. [NIVEL geeft correct op haar website aan dat het uitsluitend de minister van VWS was.](#) De LHV zat wel in een begeleidingscommissie, die NIVEL voor dit onderzoek optuigde, naast VWS, de Consumentenbond en Zorgverzekeraars Nederland, maar daarmee ben je geen opdrachtgever.

Krokodillentranen

Luid is nu het geweest en tandengeknars over iets wat al veel langer bekend was, maar door politieke sturing en public-relations-bemoeienis kunstmatig onder de pet gehouden werd.

Het zijn krokodillentranen. Het griezelige is dat een dergelijk beleid van de overheid de burgers en de werkers in de zorg steeds verder van haar vervreemdt. Dezen voelen zich, bij iets wat zij dagelijks ervaren, niet serieus genomen door een overheid die de onwelgevallige informatie bewust niet wil horen. De overheid creëert op deze manier juist ontevreden burgers. Het wordt ook tijd dat organisaties die betrokken worden bij onderzoek over overheidsbeleid, zoals NIVEL, hun eigen verantwoordelijkheid nemen en niet koste wat kost een de opdrachtgever welgevallig rapport produceren. Het voldoende kritisch blijven richting opdrachtgever maakt dat je op de lange duur serieuzer genomen zal worden.

W.J. Jongejan

Verrassend kritisch onderzoek Rekenkamer over eID-stelsel



[De Algemene Rekenkamer\(AR\) publiceerde op 8 september 2016 een zeer kritisch rapport](#) over de vernieuwing van het stelsel voor digitale identificatie en authenticatie, het zogenaamde eID-stelsel. Het rapport is bedoeld voor gebruik door de Tweede

Kamer om die in staat te stellen gefundeerde keuzes te maken over de definitieve inrichting van het eID-stelsel. De bedoeling van het rapport is dat het kabinet richting Tweede Kamer duidelijkheid schept over de randvoorwaarden van het eID-stelsel. [Op de website van de AR is een korte samenvatting te vinden.](#) Het rapport is kritisch over de bezigheden van de overheid, met name van het ministerie van Binnenlandse Zaken. Verrassend is het, omdat de AR nu eens niet achteraf begrotingen en budgetten onder de loep neemt, maar proactief in het ontwikkelstadium al luid aan de bel trekt. Naast waarschuwingen over de financiële kant van de stelselvernieuwing, geeft de AR ook aan dat het niet duidelijk is wie welke verantwoordelijkheden draagt, dat de “governance” niet ondubbelzinnig geregeld is. De AR mengt zich in dit geval op heel terechte gronden in het ontwikkelingsproces van een zeer privacygevoelig onderwerp in plaats van een boekhoudkundige controle achteraf. Het bijzondere aan het rapport is ook dat het de reactie erop bevat van de verantwoordelijke minister van Binnenlandse Zaken, Ronald Plasterk, plus de repliek van de AR.

eID

Al enige tijd wordt er gewerkt aan de opvolger van de DigiD. Die opvolger werd lange tijd het eID genoemd, het elektronisch identificatiemiddel. Het is een identificatie- en authenticatiemiddel voor burgers om digitaal te communiceren met de overheid. Om burgers en bedrijven in staat te stellen veilig online (overheids)diensten af te nemen of hun zaken met de overheid digitaal te regelen, moeten zij hun identiteit kunnen aantonen door gebruik van een zogeheten authenticatiemiddel, zoals nu DigiD voor burgers of eHerkenning voor bedrijven. DigiD met daarbij SMS-notificatie is niet afdoend, zodat mede in het licht van de toekomstige digitale mogelijkheden de noodzaak ging ontstaan voor andere en ook meer zekere inlogmogelijkheden. Het DigiD vormde ook een “single point of failure”. Als er iets mee mis gaat dan

zou er geen uitwijkmogelijkheid zijn.

Middelen

Er komen nu verschillende authenticatiemiddelen

- De overheid zelf ontwikkelt enkele, die worden aangeduid als publieke eID-middelen. Het gaat daarbij bijv. om moderne officiële overheids-identiteitsmiddelen (paspoort, rijbewijs, ID-kaart), die voorzien zijn van een chip en door smartphones met een Near Field Chip (NFC) uit te lezen zijn. [Ik berichtte er al eerder over.](#) Het principe heet Remote Document Authentication. Voor dit type middelen is de minister van Binnenlandse zaken verantwoordelijk.
- De tweede categorie zijn de authenticatiemiddelen, onder de merknaam eHerkenning en [Idensys](#), die gebaseerd zijn op publiek/private samenwerkingsverbanden. Het gaat hierbij om het afsprakenstelsel elektronische toegangsdiensten (ETD-stelsel). Hiervoor is de minister van Economische Zaken verantwoordelijk.
- De derde categorie is de inzet van bankmiddelen (bankpas en kaartlezer) in het publieke domein. Het omvat de toepassing van authenticatiemiddelen van banken (merknaam: iDIN). Met deze inlogmiddelen van banken wordt het straks mogelijk om elektronisch belastingaangifte te doen. De werking is vergelijkbaar met het gebruik van iDeal voor betalingen. De staatssecretaris van Financiën is hiervoor verantwoordelijk.

U ziet dat het om een verscheidenheid aan middelen gaat met wel drie verantwoordelijke ministeries.

Conclusies rekenkamer

Samenvattend is het beeld van de Algemene Rekenkamer, dat tot en met het voorjaar van 2016 nog niet is voldaan aan een aantal onderzochte belangrijke randvoorwaarden.

- De verantwoordelijkheden voor het eID-stelsel zijn niet eenduidig belegd en de governancestructuur is nodeloos ingewikkeld.
- Op wezenlijke onderdelen van het eID-stelsel moeten nog besluiten worden genomen of uitgewerkt, bijvoorbeeld over de eisen waaraan nieuwe middelen moeten voldoen, over de privacybescherming en het toezicht.
- Een actuele integrale business case en alternatievenafweging ontbreken vooralsnog, waardoor niet duidelijk is wat de totale kosten zullen zijn (voor 2016 en 2017 heeft de minister € 23 miljoen extra aan ontwikkelingskosten uitgetrokken). Er is evenmin een duidelijk antwoord op de vraag wat de nieuwe digitale identificatiemiddelen de individuele burger gaan kosten.
- Een integrale visie op de inrichting van het toezicht voor het eID-stelsel ontbreekt.

[De minister van Binnenlandse Zaken probeerde de AR gerust te stellen over deze kritiek.](#) Daarover heen stelt de AR dan weer, dat de minister haar met het gegeven commentaar absoluut niet gerust stelt.

Privacybescherming?

Wat betreft de privacybescherming merkt de AR nog iets opmerkelijks op. In de pilotfase van de het eID-stelsel is er bijv. geen "end-to-end encryptie". Dit wil zeggen dat er geen versleuteling van gegevens is vanaf het begin(gebruiker) tot het einde(de dienstverlener). Om de privacy optimaal te beschermen is "end-to-end encryptie" gewenst. Het is nog onduidelijk of dit voor het uiteindelijke stelsel het geval is. Ditzelfde probleem van onvolledige end-to-end encryptie speelt ook bij het Landelijk SchakelPunt(LSP) voor de uitwisseling van medische data tussen zorgaanbieders. Daar zijn de gegevens binnen de centrale computer van het LSP kortdurend onversleuteld aanwezig als een zorgaanbieder gegevens opvraagt bij een andere zorgaanbieder.

Verantwoordelijkheid nemen

Het is uitzonderlijk, maar wel zeer terecht, dat de Algemene Rekenkamer wat betreft de voorgenomen inrichting van het eID-stelsel haar maatschappelijke verantwoordelijkheid neemt ten aanzien van overheidsbeslissingen. Het doel van dit rapport is om ervoor te zorgen dat het kabinet duidelijkheid schept over de randvoorwaarden van de definitieve inrichting van het eID-stelsel. De AR biedt de Tweede Kamerleden op deze wijze extra informatie, die een tegenwicht kan vormen voor wat de bewindslieden inbrengen.

W.J. Jongejan

Noviteit huisarts op Amsterdam Centraal is geen novum



[Met enige trots meldt NS_online op Twitter](#) gisteren dat op het station Amsterdam Centraal een [dokterspost, apotheek en medicijnautomaat geopend](#) is. Overigens gaat het slechts om een te consulteren arts, die beperkt medische hulp kan bieden en niet om een huisartsenpost bekend van avond- en weekenddiensten. Meteen springt eHealth-evangelist [Lucien Engelen hier bovenop door te stellen dat het om een logische](#)

ontwikkeling gaat die door hem en andere vernieuwers van de zorg al langer voorspeld was. Is het wel een logische ontwikkeling en is het eigenlijk wel iets nieuws? Neen, dat is allebei niet het geval. De vestiging van een medische voorziening, een huisarts op een groot station, is al eerder gerealiseerd in 2014. Grootste uitbreidingsplannen werden niet gerealiseerd en de toen gestarte voorziening CareToGo op het Centraal Station in Den Haag kent anno 2016 een kwijnend bestaan. Eind 2014 wordt ook een vestiging voor vrachtwagenchauffeurs aangekondigd op de truckstop Nobis in Asten. Daarvan wordt anno 2016 niets meer vernomen.

Vernieuwing?

Eind maart 2014 verschijnen plotseling berichten in de media dat huisarts Joris van der Putten met drie andere ondernemers een Nederlands equivalent van de in de Verenigde Staten gebruikelijke “walk-in clinic” gaat openen op het grote station Den Haag Centraal. De naam blijkt CaretoGo te zijn. Eén van de drie deelnemende ondernemers is Henk Goldschmidt. Hij is directeur van Huisartsendienst Nederland en Prikdienst Nederland. Deze bedrijven opereren in heel Nederland en zijn in 2014 ontstaan vanuit het Diagnostisch Centrum Tilburg, dat in 2003 op initiatief van een aantal huisartsen in Midden Brabant werd opgericht. De organisaties houden zich bezig met diagnostische dienstverlening aan huisartsen(laboratoriumonderzoek), maar faciliteert ook functieonderzoek ten behoeve van huisartsen(echo-, fundusonderzoek etc). Het bevreemdt nogal dat vanuit een organisatie voor regulier gevestigde huisartsen opeens mede een organisatie optuigt die maar een zeer beperkte dienstverlening kent en slechts wat krenten uit de pap vist. Met de vestigingen van CareToGo en nu de recente op Amsterdam Centraal wordt gemikt op de reiziger, die een in korte tijd op te lossen medisch probleem heeft. Het gaat absoluut niet om huisartsenzorg in brede zin en zeker niet om gezins- of levensloopzorg.

Consultvergoeding

Bij de eerste berichten over de consultprijs bij CareToGo denken de initiatiefnemers een consultprijs van 35 euro te kunnen gaan vragen. Twee weken na de opening spreekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zich hierover uit en laat weten dat het consult conform het passantentarief berekend moet worden. Dat was in 2014 € 27,25 voor een kort (korter dan 20 minuten) en € 54,50 euro voor een lang consult (meer dan 20 minuten). De zorg wordt niet vergoed door zorgverzekeraars en bezoekers dienen na het consult meteen te pinnen. Daarop blijft de CareToGo-vestiging op station Den Haag Centraal tot eind mei 2014 dicht. Blijkbaar was het businessmodel niet berekend op een tarief lager dan 35 euro. Van het oorspronkelijk plan om elke werkdag de hele dag open te zijn is thans weinig meer over. Op dit moment houdt alleen op maandag, woensdag en vrijdag van 16.30 tot 17.30 een arts spreekuur. Voor dat uur kan ook een Skype-consult aangevraagd worden. Zoals eerder vermeld is niets meer te lezen over de tweede vestiging op de truckstop Nobis in Asten. Heel optimistisch spraken de initiatiefnemers in 2014 nog van tien nieuwe vestigingen in de daarop volgende twee jaar. Daar is niets van terecht gekomen.

Wal en schip

[Terwijl de minister van VWS, Edith Schippers in 2014 dit soort "vernieuwingen" in de zorg nog toejuichte](#), is toch wel duidelijk geworden dat de wal het schip gekeerd heeft. **Er blijkt gewoon geen vraag van enige omvang te bestaan bij de burger.** Ook de SOS-artsendienst, die voormalig dansschool- en horecaondernemer Arnold Verhoeven in 2008 opzette en aanvankelijk veel aandacht trok, is in schoonheid gesneuveld. Vermeldenswaard is dat ook dit initiatief op de steun van Edith Schippers kon rekenen. [Zij was bij de start ervan in 2010 prominent aanwezig en de toelating van SOS-artsen tot de zorgmarkt heeft zelfs nog in het VVD-verkiezingsprogramma gestaan.](#) Op een enkeling na die vlak voor of na een reis

opeens denkt een arts nodig te hebben, zijn de Nederlanders blijkbaar en masse geneigd hun zorgen en medische vragen bij voorkeur neer te leggen bij hun reguliere huisarts waarbij ze door de inschrijving op naam bij ingeschreven staan.

Amsterdam Centraal

Het is niet moeilijk om te voorspellen wat het lot zal zijn van de "dokterspost"(woorden Nederlandse Spoorwegen) in het station aan het IJ. Aangezien die bij de apotheek in de westelijk IJ-hal gelokaliseerd is zullen bezoekers de OV-kaart moeten gebruiken om door de NS-poortjes te gaan. We zullen het de komende twee jaar gaan zien. De uitkomst laat zich nu al raden.

W.J. Jongejan