

Keiharde handel erectiemiddelen onder mom van eHealth



Misbruik van eHealth vindt op diverse manieren plaats. Een uitwas ervan doet zich voor bij een constructie die het afgelopen jaar in Nederland opgezet is om op een bedrijfsmatige manier erectiepillen te (doen) verkopen. Daarin is door de organisatoren op wonderbaarlijke wijze een “eHealthconsult” gefrunnikt dat de klant aan het recept voor de erectiepillen moet helpen om de door hen bedachte keten te doen werken. Medio 2016 zag de website www.drjaap.nl (Dokter Jaap) het levenslicht. Het piepkleine bedrijf Pharma Ventures b.v. runt deze site. Opvallend is dat in het Verenigd Koninkrijk een bedrijf PharmaVentures bestaat dat zich bezig zegt te houden met “successful deal making” op farmaceutisch en biotechnologie-gebied. Het farmaceutische bedrijf Eli Lilly faciliteert de website en daarmee de hele keten. Dit bedrijf brengt zelf een erectie-bevorderend middel (Cialis®= tadalafil) op de markt.

Waarom?

Als reden voor het opzetten van deze constructie geeft men aan dat steeds meer mensen online hun medicatie kopen. Daarbij gaat het vaak om medicatie ter behandeling van een erectiestoornis. Men stelt dat de mannelijke patiënt zich vaak voor de aandoening schaamt en niet in gesprek wil gaan met de

huisarts of apotheek. In de online-handel van erectiemiddelen is vaak sprake van namaak- of nepmiddelen. Omdat de huisarts en apotheek niet op de hoogte zijn, is vaak geen sprake van veilig gebruik. Het is namelijk maar de vraag of het middel wel geïndiceerd is of dat er interacties met andere medicatie spelen. Tot zover de motivatie van de bedenkers.

Hoe werkt het?

Op de website geeft de patiënt na het inloggen eerst aan welk erectie-bevorderend medicijn hij wil en welke hoeveelheid. Na het opgeven welke huisarts hij heeft volgen een aantal medische vragen bij erectiele dysfunctie. Vervolgens krijgt hij nog de vraag of naast de apotheek die de pillen aflevert ook de eigen apotheek wel of niet mag worden ingelicht. Daarna zoekt het bedrijf achter de website **per gewone email** contact op met de eigen huisarts. Die krijgt dan een als urgent betitelde email met daarin de aanvraag voor de soort en hoeveelheid van de pillen. Op nogal dwingende wijze maakt het bedrijf in de mail aan de huisarts duidelijk dat een eHealthconsult voor de patiënt binnen 24 tot 48uur nodig is. Men vertelt in de mail dat die al online aan het zoeken is naar de pillen en mogelijk geen goede zorg ontvangt. Bedoeld wordt de aanschaf van nepmiddelen. In de email zit een knop, die bij aanklikken de aanschafvraag van de patiënt laat zien plus de antwoorden op de medische vragen die via de website van Dokter Jaap gesteld zijn. Als de huisarts ingaat op de vraag voor een eHealthconsult dan wordt verwacht dat deze een recept stuurt naar een met name genoemde internetapotheek, werkend onder de naam Steunpunt Farmacie Velsen-Noord. Men belooft dat die de erectiepillen discreet verpakt opstuurt naar de patiënt.

Apotheek

Als je op zoek gaat naar het Steunpunt Farmacie Velsen-Noord op de Wijkerstraatweg 171 aldaar, dan blijkt het niet meer dan een afhaalpunt voor medicatie te zijn. Het steunpunt is echter

onderdeel van Apotheek Donker in Velsen. De drie apothekers die vermeld staan op de website van het steunpunt zijn ook dezelfde als de verantwoordelijken voor apotheek Donker. Het is overigens nog vreemder als je in de algemene voorwaarden van Dokter Jaap onder hoofdstuk 2.1, laatste punt leest dat de medicijnen aangeboden, verkocht en geleverd worden door of namens Steunpunt Farmacie Velsen-Noord, handelend onder de naam DokterJaap.nl en/of ApotheekJaap.nl.

Bedenklijke zaken

De opgezette keten ademt gewoon de handel in erectiepillen met een medisch sausje in de vorm van een eHealthconsult. Tegen de gang van zaken zijn een groot aantal bedenkingen aan te voeren

- Een producent van erectiepillen, Eli Lilly, bemoeit zich rechtstreeks en actief met een partij die het voorschrijven en leveren van erectiepillen faciliteert. Eli Lilly zegt op de website te verwachten door ondersteuning van de website de zorgverlening jegens de patiënt te verbeteren, de huisarts te ondersteunen en de verkoop van namaakpillen te reduceren. Bij het in ogenschouw nemen van de werkwijze van Dokter Jaap gaat het simpelweg om het afzetten van erectiepillen.
- Pharma Ventures b.v. zamelt actief persoonsgegevens in MET daarbij medische gegevens in. Hierbij is dan sprake van het verzamelen van bijzondere persoonsgegevens volgens de definitie in de Wet bescherming persoonsgegevens. Dat legt verplichtingen op ten aanzien van het beheer en gebruik ervan. Uit de informatie op de website blijkt niet dat iemand bij Dokter Jaap als arts geregistreerd staat.
- Dokter Jaap communiceert met de benaderde huisartspraktijken **per gewone, niet beveiligde** email. De link naar de aanvraag van de patiënt plus de gevraagde medische gegevens zijn via de link in de mail rechtstreeks in te zien. Het versturen van medische gegevens per gewone mail moet als een ernstige inbreuk

op de privacy beschouwd worden. Bij verkeerde adressering zijn die gegevens in te zien door de geadresseerde. In de huisartspraktijk kunnen deze gegevens ook door anderen dan de huisarts zo ingezien worden. Daarmee gaat Pharma Ventures absoluut niet om met bijzondere persoonsgegevens op een manier zoals de wet voorschrijft.

- Het via Dokter Jaap genoemde eHealthconsult is in wezen alleen een manier om aan een wettelijk vereist recept te komen.
- Betaling van de erectiepillen vindt niet plaats bij de genoemde apotheek maar voor in de keten, namelijk aan Dokter Jaap, dus Pharma Ventures b.v.. Die zal dan naderhand met de apotheek afrekenen. Hierdoor is wel heel erg duidelijk dat dit niet transacties zijn die normaal door de apotheek plaatsvinden na aflevering van een medicament. Ook terugbetaling als er iets mis gegaan is vindt trouwens plaats via Dokter Jaap.

Stalking

Als een huisarts niet mee wil werken aan een dergelijk opgedrongen eHealth-consult, hetgeen ik me zeer goed kan voorstellen, dan blijkt dokter Jaap opeens zeer actief te worden om toch tot het realiseren van een recept voor de pillen te komen. Dan blijkt de praktijk van de desbetreffende huisarts herhaaldelijk gemaild en gebeld te worden met het dringende verzoek het eHealthconsult te honoreren. Daarbij vraagt Pharma Ventures dan expliciet naar telkens dezelfde assistente en niet de huisarts om druk op de ketel te houden.

Vreemd

Heel vreemd in deze constructie is dat men de patiënt die niet met zijn huisarts over het erectieprobleem wil praten zegt te faciliteren bij het verkrijgen van erectiepillen. Vervolgens tuigt men wel een constructie op waarmee de medische gegevens die de patiënt aan Dokter Jaap verschaftte vervolgens weer aan

de eigen huisarts aangeboden worden. Die zal uiteraard, of hij/zij nu wel of niet ingaat op de vraag om een eHealthconsult, door het lezen van de opgestuurde aanvraag bij een volgend consult uiteraard rechtstreeks aan de patiënt vragen wat er speelt.

Laakbaar

Het is heel triest te constateren dat de diverse actoren in deze keten zo laakbaar handelen. Het heeft niets met gezondheidszorg of met eHealth te maken maar alles met de keiharde handel in erectiepillen onder het mom van eHealth.

W. J. Jongejan

Gerrit-Net en VZVZ goochelen met percentages in LSP-nieuws



Het bezigen van juichtaal en mooipraat over het gebruik van het Landelijk SchakelPunt(LSP) vindt al jarenlang plaats. Het ministerie van VWS deed er al aan mee in de periode van de pogingen een landelijk elektronisch patiëntendossier(L-EPD) op te zetten. De Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie, verantwoordelijk voor de voortzetting van het LSP in private handen, ging er daarna lustig mee door. Ook Gerrit-Net, een kennis- en innovatieplatform van en voor de

zorg in Noord-Nederland dat het LSP-gebruik bevordert en ondersteunt doet er samen met VZVZ aan mee. In een recente LSP-nieuwsbrief voor zorgverleners in de noordelijke provincies van week 50 (2016) laten beide organisaties een fors staaltje zien van selectief gebruik van cijfers, waarmee men het heel beperkt uitwisselen van medische gegevens van huisartsen weg foezelt. Door niet apart te rapporteren over de uitwisselingen van samenvattingen van huisartsgegevens (de z.g. professionele samenvattingen) naast het uitwisselen van medicatiegegevens ontstaat een onterecht positief beeld over de ontwikkeling van de uitwisselmogelijkheden.

Basis

Voor een goed begrip van de situatie moeten we even een klein uitstapje maken naar de ontwikkelingen rond de aantallen van de opt-in-toestemmingen voor het uitwisselen van huisartsgegevens (professionele samenvattingen) en de opt-in-toestemmingen voor medicatiegegevens bij apotheken. Al lange tijd is het zo dat twee derde van de Nederlanders toestemming geeft voor het uitwisselen van medicatiegegevens bij de apotheken, maar dat slechts één derde toestemming geeft voor het uitwisselen van professionele samenvattingen bij huisartsen. Als men wil weten hoeveel communicatie zich afspeelt en het verloop in de tijd ervan wil weten is het daarom zindelijk om van beide soorten gegevens gescheiden grafieken te maken.

Truc 1

Wat is nu de truc die VZVZ al langer uithaalt en nu in samenwerking met Gerrit-Net weer presenteert?

Men noemt de gegevens waarover gerapporteerd wordt "medische dossiers". Op pagina 1 van de LSP-nieuwsbrief staat het ook dat bij het opvragen van data via het LSP een antwoord een "dossier"-bevat, al dan niet met medisch gegevens. Wat men daarna in de 6 pagina's met grafieken over Drenthe, Friesland

en Groningen rapporteert gaat dus om cijfers die als basis een mix van voornamelijk apotheekgegevens en een beetje huisartsgegevens heeft. Door de oververtegenwoordiging van de uitgewisselde apotheekgegevens valt het daardoor niet op dat het onmogelijk is om van meer dan één derde van de bevolking huisartsgegevens uit te wisselen.

Truc 2

Op de website van Gerrit-Net staat ook een item met daarin de grafiek met de opt-in groei over 2016 per zorgverlenerssoort per provincie(de drie noordelijke). Daar gebruikt men de truc van het weglaten van de minst presterende categorie. Men meldt de groeipercentages voor respectievelijk de apothekers, de apotheekhoudende huisartsen en voor de huisartsenposten in de drie noordelijke provincies. **De resultaten voor de opt-in-toestemmingen bij de huisartspraktijken staan er niet op.** In die categorie gaat het namelijk om erg lage aantallen en erg lage groei, waarmee voor Gerrit-Net en VZVZ geen eer te behalen is. Bij het bezien van de percentages opt-in-toestemmingen(niet de groei ervan) op de website van VZVZ met de regio-indeling(week 48 van 2016) kan men ook zien dat voor huisartsgegevens dat percentage in Groningen op 17 procent staat, voor Friesland op 42 procent en voor Drenthe op 30%. Voor medicatiegegevens bij de apotheken liggen de opt-in-percentages, zoals eerder al gezegd, hoger namelijk respectievelijk 70, 70 en 76%.

Naar nu blijkt heeft Gerrit-Net op haar website een grafiek gezet met in de legenda hap Groningen, hap Friesland en hap Drenthe. Daar worden volgens Gerrit-Net de huisartspraktijken mee bedoeld. In de huisartsenwereld staat de afkorting "hap" voor huisartsenpost. Door dit afwijkende gebruik van de afkorting ontstond de perceptie dat de huisartspraktijken niet op de grafiek stonden. Desondanks moet geconstateerd worden dat de percentages die dus blijken te slaan op de huisartspraktijken bijzonder laag zijn vergeleken met de opt-in-percentages voor medicijnggegevens bij de apotheken.

W.J.Jongejan, 17-01-2017

Los van de truc van het weglaten van de zorgverlenerssoort met het laagste opt-in-percentage is het aardig te letten op de gekozen eenheid op de y-as. Men kiest voor het percentage groei van de opt-in-toestemmingen. Daarbij is het maar helemaal de vraag welk referentiepunt(qua omvang en qua tijdstip) men gekozen heeft om de groei ten opzichte ervan te meten en weer te geven. Een onduidelijk beginpunt maakt een reële beoordeling van de getallen moeilijk, zo niet onmogelijk..

Jammer

Het is triest te constateren dat organisaties zich verlagen tot allerlei statistische trucs om iets te suggereren wat maar in zeer beperkte mate is waar is. Het is gegoochel met getallen. Je moet redelijk in de materie ingevoerd zijn om te zien waar en waarmee de trucs zijn uitgehaald. De werkelijkheid is nog steeds dat er aan huisartsgegevens weinig wordt uitgewisseld via het LSP omdat maar één derde van de Nederlanders daar toestemming voor gaf.

W.J. Jongejan

**Buiksprekende “zorgrobot”
Zora leukt verkiezingsfolders
D66 op**



Getriggerd door een opmerking van NRC-verslaggeefster Titia Ketelaar in haar artikel op 22 december 2016 getiteld "VVD luistert graag naar een verzoekplaatje" ben ik op zoek gegaan naar de verkiezingsfolders van D66. In het verkiezingsprogramma in één oogopslag en het verkiezingsprogramma voor laaggeletterden figureert de zogenaamde zorgrobot Zora met de robotarmen omhoog voor twee bejaarden in leunstoelen. Er moet blijkbaar iets uitspreken van innovatie in de zorg, van vooruitgang met behulp van robots. Niets is minder waar met deze zogenaamde zorgrobot. Het is niet bepaald een vlag die de lading van het artikel dekt. Aan deze bijzonder dure robot (15000 euro per exemplaar) heb ik eerder op deze website meerdere artikelen gewijd ([A](#), [B](#), [C](#), [D](#), [E](#)). De robot heeft meerdere gedaanten, want voor de klas, en in het hotelwezen wordt hij ook als gadget ingezet.

Buikspreken

De getoonde robot Zora is uitgerust met twee computers, heeft twee videocamera's aan boord en vier microfoons. Hij kan niet zonder een wifi-netwerk. De reden daarvan is dat de mogelijkheden om zelfstandig antwoorden op vragen te genereren zeer beperkt is. Om enige conversatie mogelijk te maken met zijn omgeving heeft de robot het wifi-netwerk nodig. Wat via de camera's en de microfoons waargenomen wordt, komt op een laptop in de buurt terecht waar een medewerker van het verpleeghuis kan antwoorden door iets in te typen wat de robot daarna "uitspreekt". De robot kan ook dansen maar als je op YouTube kijkt blijkt dat in alle doelgebieden vooral het Gangnamstyle-dansje te zijn van Psy uit 2012.

Fysiotherapieoefeningen kan de robot voordoen, maar als je de beelden van de presentaties ziet dan is er niet minder personeel aanwezig, omdat de robot zelf ook hulp behoeft.

Privacy

Door het continu maken van video- en geluidsopnamen en de opslag daarvan is het gebruik van dit soort robots ook een privacy-issue. Zowel de patiënten, als het personeel, als familie of derden dienen op de hoogte te zijn van het maken en bewaren van de opnamen. Als hotelrobot kan Zora, dan Hugo geheten, klanten tot zes maanden lang herkennen op basis van gezichtsherkenning. Dat betekent dat beelden zeker gedurende die tijd opgeslagen worden.

Tranentrekkend

In een tweetal documentaires van de EO en de NCRV schetsen de makers een beeld van zorgbehoevende ouderen die positief reageren op de zorgrobot. In de documentaire :'ik heet Alice" heeft Zora een pruik op om nog menselijker te lijken. Als je de discussie volgt die de robot heeft met deze mensen dan zou een iemand van vlees en bloed, die met compassie met deze mensen spreekt hetzelfde en meer bereiken. Men moet zich immers bedenken dat de antwoorden die de robot geeft ook gegeven zijn door medewerkers die op het basisstation die antwoorden intypen.

Slechte keuze

Het afbeelden van de genoemde foto in het verkiezingsprogramma van D66 beschouw ik als een bijzonder slechte keuze. Wetende wat dit soort robots in werkelijkheid kan uitvoeren is het in de verste verte geen innovatie, geen echte bijdrage aan het toekomstbestendig maken van de zorg EN bijzonder duur. Voor hetzelfde geld is meer personeel aan te trekken.

W.J. Jongejan

De afbeelding toont geen Zora-robot.

Autoriteit Persoonsgegevens vergaloppeert zich door ontkenning afhankelijkheidsrelatie



Op 19 december 2016 publiceerde de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) de Beleidsregels Machtigingsvereiste. Op 16 december verschenen deze regels in de Staatscourant. De AP heeft in afstemming met de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) beleidsregels opgesteld waarin wordt vastgesteld dat zorgverzekeraars in beginsel medisch gegevens, zijnde bijzondere persoonsgegevens, mogen verwerken voor het zogenoemde machtigingsvereiste. Dit houdt in dat een verzekerde in bepaalde gevallen vooraf toestemming van de zorgverzekeraar moet hebben voor de vergoeding van bepaalde behandelingen, geneesmiddelen, hulpmiddelen of zorgaanbieders EN medische gegevens dient te verschaffen om die toestemming te verkrijgen. Bij het vaststellen van de beleidsregels is er eigenlijk automatisch vanuit gegaan dat zorgverzekeraars recht hebben op het opvragen van medische gegevens in deze gevallen. De afgelopen jaren bleek één ander niet correct geregeld te

zijn in de Zorgverzekeringswet(Zvw) die in 2006 in werking trad. In die wet wordt de machtingsvereiste wel genoemd maar niet goed uitgewerkt. Het gemak waarmee de AP, in afstemming met de NZa, de zorgverzekeraars nu faciliteert bij het mogen opvragen van medische gegevens **voorafgaand** aan een behandeling is weer een aantasting van de rechten van de patiënt. De vrijwilligheid van het verstrekken van de gegevens is volledig illusoir omdat de patiënt zich in een volledige afhankelijkheidsrelatie met de zorgverzekeraar bevindt.

Verkeerde conclusie

De AP stelt zelf eerst dat de machtingsvereiste op zich niet gedefinieerd is in de Zorgverzekeringswet(Zvw) of in de Wet marktordening gezondheidszorg(Wmg). Met aanhalen van een Nota van toelichting van de minister van VWS en enkele stukken uit de parlementaire behandeling komt de AP vervolgens tot de conclusie dat uit de parlementaire geschiedenis van de Zvw blijkt dat het hanteren van het machtigingsvereiste deel uitmaakt van de zorgovereenkomst die de zorgverzekeraar en verzekerde overeenkomen. Weinig, en naar ik denk geen zorgverzekerde, zal zich dit bij het aangaan van een zorgverzekering realiseren, laat staan daarover voorgelicht zijn. Uitgaande van het principe dat slechts een wet bepalend is en de rest subjectieve interpretatie had het kwartje de andere kant op moeten vallen.

Medisch adviseur

Nergens in de opgestelde beleidsregels staat wie bij de zorgverzekeraar bepaalt welke medische gegevens en in welke omvang opgevraagd gaan worden. Wel spreekt de AP uitdrukkelijk over de proportionaliteit en subsidiariteit bij het opvragen van de gegevens. Dat betekent ten eerste dat het de doel, de aard en omvang van de persoonsgegevens die voor de machtiging worden verwerkt met elkaar in verhouding zijn en ten tweede dat er geen minder ingrijpende verwerking van persoonsgegevens

voor dat doel mogelijk is. Ook staat niet in de regeling dat deze gegevens uitsluitend onder de ogen zouden mogen komen van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

Piep-systeem

In de beleidsregels is een uitzondering gemaakt. Op pagina 8 schrijft de AP dat zorgverzekeraars geen tot de diagnose herleidbare gegevens ten behoeve van een machtiging mogen vragen aan een verzekerde met een privacyverklaring GGZ. Dat vloeit voort uit de uitspraak van de Centrale raad van Beroep van het bedrijfsleven in een zaak die ging over het vermelden van (DBC)-diagnosecodes op facturen van zorgaanbieders. Blijkbaar is het zo dat als je elders in het rechtssysteem “gepiept” hebt, het machtigingsvereiste niet speelt.

Omvang

Bij dit alles vergeet de AP volledig dat de omvang van de zorgitems waarvoor medische gegevens bij het aanvragen van een machtiging volledig in handen is van de zorgverzekeraar. Door steeds meer zorg onder beperkende voorwaarden te contracteren kunnen zij het aantal gevallen waarbij medische gegevens voorafgaand aan een behandeling verstrekt moeten worden laten uitdijen. De patiënt zit daarbij in een situatie waarbij deze de gegevens niet vrijwillig verstrekt maar in volledige afhankelijkheid van de zorgverzekeraar. Niet aanleveren betekent het niet positief beslissen op een machtigingsaanvraag.

Zeer inconsequent

De AP blijkt in dit dossier deze afhankelijkheidsrelatie die evident aanwezig is niet te willen zien. En dat terwijl de AP wat betreft de jeugdzorg precies het tegenovergestelde schreef in het Advies Privacytoets Jeugdzorgdomein.

“Toestemming geldt alleen als rechtsgeldige grondslag voor de verwerking van persoonsgegevens als deze vrijwillig kan worden

gegeven. Dit punt heeft het CBP ook in dit kader eerder onder de aandacht gebracht. Evenals in de sfeer van arbeid en sociale zekerheid kan in het sociaal domein worden gesproken van een afhankelijkheidsrelatie, in deze context tussen betrokkene en de gemeente. Toestemming voor verwerking van persoonsgegevens kan in een afhankelijkheidsrelatie niet vrij worden gegeven en derhalve niet de grondslag zijn voor verwerking van persoonsgegevens. Ook als de gemeente bij de uitvoering van publiekrechtelijke taken nadrukkelijk zou aangeven dat het weigeren van toestemming voor de gegevensverwerking geen gevolgen zal hebben voor het in aanmerking komen voor een door betrokkene gewenste voorziening, neemt dat de afhankelijkheid van de burger ten opzichte van de gemeente niet voldoende weg. In deze context zijn de randvoorwaarden voor het verkrijgen van een vrije en daardoor rechtsgeldige toestemming voor de verwerking van persoonsgegevens niet aanwezig”.

Als bij lezing van deze tekst het woord “burger” vervangen wordt door “patiënt” en het woord “gemeente” door “zorgverzekeraar” dan is meteen duidelijk hoe vreemd en schadelijk het standpunt van de AP is met de Beleidsregels Machtigingsvereiste.

De AP vergaloppeert zich op een enorme wijze.

W.J. Jongejan

Verontrustende ontwikkelingen rond EPD in Australië zijn

waarschuwing



In het Australische Journal of Law and Medicine verscheen op 7 december 2016 een interessant artikel over de ontwikkelingen rond het Australische elektronische patiëntdossier (A-EPD), genaamd My Health Records. De ontwikkelingen in Australië zijn een waarschuwing voor de Nederlandse burger hoe een goed bedoeld systeem kan verworden tot een bedreiging van de belangen van de patiënt. De twee auteurs, Mendelson en Wolf van de Deakin University in Geelong aldaar vergelijken daarin de oorspronkelijke opzet met datgene wat het systeem van zorggegevens verzamelen nu beoogt en mogelijk maakt. Zij stellen dat door het oprekken van de mogelijkheden en het in de wet vastleggen van verregaande inzagemogelijkheden van rechtbanken, diensten en overheidsorganen het vertrouwen van de patiënt geschaad wordt.

Geschiedenis

Het A-EPD kent een net als de Nederlandse tegenhanger-het gebruik van het Landelijk SchakelPunt(LSP) voor zorgcommunicatie- een lange voorgeschiedenis. In 2004 probeerde men HealthConnect, maar dat kwam niet van de grond. Na een rapport in 2009, genaamd "A Healthier Future for All Australian kwam de regering in 2010 met de Health Identifiers Act en de Personally Controlled Electronic Health Records(PCEHR) Act. In 2012 werden die samengevoegd tot de My Health Records Act(MHR-A). Deze trad in november 2015 in werking.

De gecommuniceerde opzet was in eerste instantie :

*the establishment and operation of a **voluntary** national system for the provision of access to health*

information relating to recipients of healthcare, to:

(a) help overcome the fragmentation of health information; and

(b) improve the availability and quality of health information; and

(c) reduce the occurrence of adverse medical events and the duplication of treatment; and

(d) improve the coordination and quality of healthcare provided to healthcare recipients by different healthcare providers.

In het artikel betogen de auteurs dat de MHR-A de grenzen van wat hierboven beschreven staat ver overschrijdt. Zij stellen dat de benaming "My Health Record" in tegenstelling tot de voorganger, de PCEHR, de burger een gevoel van eigenaarschap en daarmee controle geeft over de data en dat daarmee het vertrouwen in het systeem ten onrechte bevorderd wordt.

Verandering toestemmingsprincipe

Ondanks de claim van de overheid dat een overweldigende steun bestond voor het implementeren van het elektronische zorgdata-systeem bleken maar weinig mensen vrijwillig hun toestemming te geven. Daarom initieerde Sussan Ley, de minister voor volksgezondheid, een tweetal trials met het opt-out-model. Daarbij wordt iedereen geacht toestemming gegeven te hebben behalve als men aangeeft het niet te willen. Het ziet er nu naar uit dat diezelfde minister in 2017 het opt-out-model wil gaan toepassen voor het hele continent. Het betekent een totale ommekeer. In de wet zijn geen duidelijke protocollen vastgelegd hoe de burger de veronderstelde toestemming kan intrekken. De website over deze wet geeft wel aan dat het kan

door een bijv. een hulplijn te bellen.

Andere bedoelingen

Tijdens aanpassing van de MHR-A in 2015 werd al duidelijk dat het de bedoeling zou zijn de verzamelde gegevens te gebruiken voor “translationele research” en “population health surveillance”. Daarmee wordt dus het uitsluitend direct patiëntgebonden communiceren van zorgdata verlaten.

Griezeliger is dat de wet zelf een aantal mogelijkheden kent waarmee bij ernstige dreiging, door rechtbanken en overheidsinstanties maar ook bij vergoedingskwesties de gegevens ingezien mogen worden door anderen dan de patiënt en de zorgaanbieders.

- 63 Collection, use and disclosure for management of My Health Record system
- 64 Collection, use and disclosure in the case of a serious threat
- 65 Collection, use and disclosure authorised by law
- 66 Collection, use and disclosure with healthcare recipient’s consent
- 67 Collection, use and disclosure by a healthcare recipient
- 68 Collection, use and disclosure for indemnity cover
- 69 Disclosure to courts and tribunals
- 70 Disclosure for law enforcement purposes, etc.

Big Data

De datasets die onder de wet verzameld worden voldoen aan de definitie van Big Data. Binnen het systeem is het dan ook mogelijk mits men werkt onder het toezicht van de System Operator om dataanalyses uit te voeren op de verzamelde data. De huidige System operator is het Australian Digital Health

Agency. Die heeft echter weer verscheidene van haar belangrijke functies, zoals onderhoud en veiligheidscontroles, uitbesteed aan een private onderneming: Accenture Australia Holdings Pty Ltd.

Waarschuwing

Wat is de les die we kunnen leren uit dit Australisch voorbeeld? Het is een casus waarin men een systeem ontwikkelde dat de bedoeling had de zorg te verbeteren en waarbij opeenvolgende aanpassingen het systeem een veel grotere reikwijdte gaven. Het laat ook zien met welk gemak men tussentijds aanpassingen maakte. Meteen zal men hier in Nederland betogen dat ons systeem heel anders is en dat er hier geen dataopslag plaats vindt binnen het LSP. Toch kan met wettelijke aanpassingen sluipend de toegang tot en de opzet van het systeem aangepast worden. Function-creep ligt bij gecentraliseerde systemen bovendien altijd op de loer. Argument is meestal dat het zo handig is omdat het systeem en de data er nu eenmaal zijn. Bij de behandeling van de wet over de medische datacommunicatie 33509 recent in de Eerste Kamer hebben we kunnen zien dat het Philips-concern een bovengemiddelde interesse had vanwege de mogelijkheden van deze wet Big Data in de zorg te faciliteren.

Bij de opt-in-toestemmingen alhier zien we ook het enorm achterblijven van de toestemming voor het doen delen van huisarts-informatie, zulks in tegenstelling tot de medicatie-informatie bij de apotheken. Krampachtig probeert de Vereniging van zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie, als verantwoordelijke voor het LSP te komen tot een maximalisatie van de toestemmingen bij huisartsen. Zorgverzekeraars hebben op instigatie van de minister van VWS in het voorjaar van 2012 nog geprobeerd het aansluiten van huisartsen op het LSP verplicht te stellen als kwaliteitseis. Zorgverzekeraars probeerden ook meermaals contractueel huisartsen te verplichten tot inspanningen voor het vragen van opt-in-toestemmingen.

Vraagteken bij verschonen van rechter in Vrijbit-rechtszaken



Op 5 december 2016 berichtte ik op deze website over de plotselinge verschoning op 1 december van één rechters bij twee zittingen van de Rechtbank Midden-Nederland op 2 december. Beide rechtszaken waren door de burgerrechtenvereniging Vrijbit aangespannen tegen de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). Het is thans duidelijk waarom de betreffende rechter mevr. R.J Praamstra het verzoek om verschoning indiende. Door de publicatie van de uitspraak (6 december 2016) van de meervoudige kamer voor de behandeling van verschoningszaken van de rechtbank Midden-Nederland is dit op 12 december 2016 openbaar geworden. Mijn vermoeden dat het samenhang met een eerdere rechtszaak die rechter Praamstra in 2016 behandelde, Zaak UTR 15/4669-T , en ook als tegenpartij de Autoriteit Persoonsgegevens had, bleek dus niet exact te kloppen.

Zaken

De eerste juridische procedure betrof het beroep tegen de Beslissing op Bezwaar van de AP om niet handhavend op te willen treden tegen de onrechtmatige verzameling, verwerking en doorlevering van medische diagnose- en behandelgegevens (DBC's) in het DIS, die reeds plaatsvindt vanaf 2006. De tweede zaak ging over de Gedragscode Zorgverzekeraars. De goedkeuring van die gedragscode door het College Bescherming Persoonsgegevens (rechtsvoorganger van de Autoriteit Persoonsgegevens) is in de uitspraak van de rechtbank Amsterdam op 13-11-2013 vernietigd. Tot op heden is er geen aan het oordeel van de rechter aangepaste gedragscode ter goedkeuring voorgelegd aan de AP en worden sinds jaar en dag medische gegevens van burgers dus onrechtmatig verwerkt.

Reden

De verschoningsgrond die de rechter aanvoerde op 1 december in haar verschoningsverzoek, was:

“Tijdens de voorbereiding van bovengenoemde zaken, kwam verzoekster tot de ontdekking dat de zaken kort gezegd betreffen de besluiten tot afwijzing van de verzoeken om handhavend op te treden tegen de verwerking van medische persoonsgegevens door zorgverzekeraars en de verwerking van medische persoonsgegevens in de databank DIS. Omdat het bedrijf van haar partner zich bezighoudt met de verwerking van medische persoonsgegevens in die zin, zal de rechterlijke onpartijdigheid schade kunnen lijden. “

De verschoningskamer besloot daarom op 6 december 2016:

“Uit het verzoek van mr. Praamstra blijkt dat er sprake is van een zodanige omstandigheid dat zij zich niet meer voldoende vrij voelt om in onderhavige zaak te beslissen. De verschoningskamer ziet hierin, in aanmerking genomen de motivering van het verzoek, een genoegzame grond voor verschoning gelegen. Het verzoek zal derhalve gegrond worden verklaard.”

Raar

Eén van de zaken, UTR 16/3326 WBP V97, zou op 30 september j.l. al gediend hebben maar werd juist uitgesteld tot 2 december. De reden was dat de Autoriteit Persoonsgegevens, die eerder, in juli, uitstel had gevraagd om stukken te kunnen uitzoeken en aan te leveren, toch deze binnen de gestelde termijn niet aanleverde. Deze zaak kwam dus geenszins uit de lucht vallen. Aangezien rechters een zaak altijd voorbereiden en zich inlezen in de materie en rechter Praamstra in haar verzoek tot verschoning zelf die voorbereiding ook noemt, komt het nogal raar over dat het verzoek tot verschoning daags voor de zitting op 2 december plaatsvond. Het is niet goed voor te stellen dat een rechter die wijst op de aard van de werkzaamheden van haar partner zich niet eerder gerealiseerd heeft dat zij van partijdigheid beticht zou kunnen worden ter zitting. Dit late inzicht is te betreuren.

Jammer

Gevolg van één en ander is nu dat er weer uitstel van behandeling plaatsvindt. Naar mijn weten is er nog geen nieuwe datum bepaald voor een zitting. Jammer is het dat het nog langer duurt voor een zelfstandig bestuursorgaan als de Autoriteit Persoonsgegevens zich verantwoordt over haar niet-handelen.

W.J. Jongejan

Met dank aan Steijn Hoogendoorn van <http://compagniediventura.nl/> voor het melden van de uitspraak.

Irritante lobby farmaceuten stuurt aan op waterbed-effect



In het Financieel Dagblad verscheen op 12 december 2016 een artikel met de kop "Farmabedrijven: gebruik besparing bij huisarts om dure kankermiddelen te betalen". Ook elders besteedden de media aandacht aan de studie die aan deze publicatie ten grondslag lag. Met die studie is wat apart aan de hand. Hij is gemaakt door een klein consultancy-bureau, genaamd SiRM, hetgeen staat voor Strategies in Regulated Markets. De opdrachtgevers waren de farmaceutische commissie van de Amerikaanse Kamer van Koophandel in Nederland (AmCham NL) en de Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland. Onder de vlag NL Next Level werkte de werkgeversorganisatie VNO-NCW slechts adviserend mee aan dit onderzoek. De campagne NL Next Level is onderdeel van een brede investeringsagenda die ervoor moet zorgen dat Nederland tot de economische wereldtop blijft horen. VNO-NVW gaf het geheel dus een Nederlands tintje. Al eerder deed de genoemde commissie van de AmCham NL van zich spreken. In maart 2016 presenteerde men een door hen betaald nogal curieus onderzoek, waarin gesteld werd dat de huisartsen aanzienlijk meer marktmacht zouden hebben dan de zorgverzekeraars. Ook nu is het zo dat de nieuwe gesponsorde studie veel vragen oproept. Het huidige onderzoek gaat over het opruimen van schotten in de financiering van de zorg, waardoor 1,2 miljard euro bespaard kan worden. De opdrachtgevers waren uiteraard geïnteresseerd in de impact van schotten op geneesmiddelen, maar gaven naar zeggen van SiRM een brede opdracht om de curatieve zorg op 'schotten' door te lichten. Ondanks die nuancering komt het financieel dagblad wel degelijk met een zeer duidelijk voorbeeld waarbij besparingen op geneesmiddelen bij huisartsen ten goede zou moeten komen aan het voorschrijven van "dure" geneesmiddelen

in de tweede lijn.

Nefarma / AmCham-NL

Tot voor kort was Nefarma de branche-organisatie van de farmaceutische bedrijven in Nederland. Begin september 2016 voerde Nefarma een naamsverandering door en heet het opeens de Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland. Het is een vlag die de lading absoluut niet dekt, want een groot deel van de 43 leden produceren de zeer veel gebruikte (bulk)geneesmiddelen die in Nederland voorgeschreven worden. Echt innoverend onderzoek vindt slechts bij een beperkt aantal leden plaats. In de farmaceutische commissie van de Amerikaanse Kamer van Koophandel in Nederland zijn dertien bedrijven vertegenwoordigd, die allen ook leden zijn van de Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland. In wezen zijn deze bedrijven bij de financiering van de studie dubbel betrokken.

Kantelen

Het onderzoek komt met een plan tot “kantelen” van de zorg waarin de patiënt centraal staat. Naast de uitgebreide versie is er ook een managementsamenvatting. De kretologie van het centraal stellen van de patiënt komt men tegenwoordig vaker tegen. Het suggereert een huidige wijze van werken waarin er nauwelijks aan een centrale positie van de patiënt gedacht wordt. Men komt met een kantelagenda met een achttal punten. Al argumenterend komen de makers er zelf achter dat het pleidooi tot “ontschotten” eigenlijk neerkomt op het opnieuw plaatsen van schotten in de financiering maar dan op andere plaatsen. **Dat is dus “herschotten”**. Het woord “kantelen” hanteert men zo vaak dat de suggestie zeer duidelijk wordt gewekt dat de mensen van SiRM grote adepten zijn van onze nationale kantel-goeroe, de hoogleraar transitiekunde Jan Rotmans. Even op YouTube zoeken naar zijn naam en u begrijpt wat ik bedoel.

Waterbed

Eén van de dingen die men suggereert is de zorginkoop te kantelen van zorginkoop per categorie zorgaanbieder naar zorginkoop via budgethouders per diagnosecluster (blz.109 van de uitgebreide versie van het rapport.) Door gezamenlijk de zorg per cluster in te kopen, zijn er meer mogelijkheden om de kosten laag te houden. Hier komt dan ook het verhaal vandaan waar het financiële dagblad mee kopt. Gerard Schouw, oud Tweede Kamerlid voor D66, en directeur van de Vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland, gaat er in het artikel verder op door. Besparingen bij het voorschrijven van geneesmiddelen in de eerste lijn zouden dan ten goede kunnen komen aan de dure voorschriften in de tweede lijn. Je krijgt dan wel een soort waterbed effect. Het aparte aan de samenstelling van het rapport is echter dat een aantal mensen geïnterviewd is, maar dat daar geen vertegenwoordiger van huisartsorganisaties bij zat.

Regelgeving

Centraal punt in het door de farmaceuten bekostigde verhaal is het lastig zijn van bestaande wet- en regelgeving. Men stelt dat overbodige regelgeving bij het kantelproces weggenomen moet worden. Een aanzienlijk deel van de regelgeving is echter in de loop der tijd juist ontstaan vanwege ontwikkelingen in de zorg die te maken hebben met farmaceutische aspecten, vooral op het kostenvlak.

Vos

Het is op zijn zachtst gezegd zeer bevreemdend dat een verzameling farmaceutische bedrijven met zeer ingrijpende adviezen komt via een door hen betaald rapport van een consultancy-bureau. Men komt met het verhaal van een besparing van 1,2 miljard euro terwijl de laatste jaren het ene na het andere nieuwe geneesmiddel met zeer hoge prijs op de markt werd gebracht. Ook oude middelen werden soms na overname van

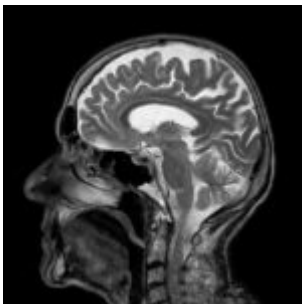
een farmaceutische firma opeens honderden procenten duurder.

Wat nu gepromoot wordt is gewoon te beschouwen als ouderwets lobbywerk ten gunste van de grote farmaceutische industrieën en is geen gratis cadeau aan Nederland.

Hier gaat een oud spreekwoord op: “Als de vos de passie preekt, boer pas op je kippen.”

W.J. Jongejan

Philips wil naast grip op radiologische data ook op klinische data



Het kan eind november 2016 weinig medici ontgaan zijn dat Philips ter gelegenheid van het jaarlijkse congres van de Radiological Society of North America (RSNA) een waar publiciteitsoffensief opende om verbeterde en nieuwe technieken aan de man te brengen. Daarbij ging het deels om beeldvormende technieken met behulp van CT-, MRI-, PET-scanners en ultrageluid-toepassingen, maar ook om softwaretoepassingen voor het databeheer van gemaakte

afbeeldingen. Daarbij trok één softwaretoepassing, Illumeo genaamd, speciaal mijn aandacht, omdat men daarmee informatie die scans opleveren wil integreren met data ontleend aan het ziekteverleden van een patiënt. Het systeem is “zelflerend” en zou “begrijpen” waar de radioloog naar kijkt en suggereren welke metingen deze nog meer zou kunnen uitvoeren gegeven de klinische context. Bij deze applicatie dient men te beseffen dat behalve de opslag van afbeeldingsgegevens nu ook sprake is van de opslag van klinische data in de Philips-cloud. Het zelflerend zijn van de beslialgoritmen betekent ook dat niet constant transparant is op basis van welke criteria de systemen tot hun adviezen komen. Op de website van Medisch Contact, officieel media-orgaan voor artsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst(KNMG), staat op 5 december in een artikel van journalist Henk Maassen, dat Philips vanwege die zelflerende algoritmen nog in gesprek is met de Amerikaanse Food and Drug Administration(FDA) over de toepassing ervan. Er is blijkbaar nog geen definitieve goedkeuring.

Privacy

Binnen het Philips-concern heeft men zeer wel door dat Illumeo een toepassing is die een potentiële inbreuk maakt op de privacy. In het artikel in NRC-Handelsblad op 29 november 2016 haast Jeroen Tas, directeur Connected Care & Health Informatics van Philips, zich te zeggen dat Illumeo veel gegevens nodig heeft om goed te functioneren, maar dat die verzamelde data op goed beveiligde servers worden bewaard en dat Philips zich aan alle regels houdt. Hij zegt er nog bij dat de data geanonimiseerd zijn en niet te herleiden zijn tot individuen. Toch moet ook hij weten dat bij voldoende data en bij koppeling aan de andere databases, met intelligente software, anonimisering makkelijk doorbroken kan worden. Dat geldt met name voor medische data van weinig voorkomende ziektebeelden.

"Given enough data, perfect anonymization is impossible no matter how hard one tries."

Omslagpunt

Met het introduceren van softwarematige toepassingen die klinische data vastleggen binnen een cloud-omgeving waarin ook de radiologische afbeeldingen worden opgeslagen, zijn we op een omslagpunt beland. Tot nu toe werd naast de afbeeldingen ook de indicatie en de uitslag vastgelegd. Het vastleggen van andere klinische data in de cloud in samenhang met de afbeeldingsdata is een totaal andere kwestie. Het gaat ook niet om geringe hoeveelheden data. De vraag is of de combinatie van deze data in handen van een bedrijf als Philips, dat zich op zorgconsultancy zegt toe te willen leggen nu wel een gewenste ontwikkeling is. Eerder liet ik al zien hoe het concern zich met de eCareCompanion en de eCareCoordinator gekoppeld aan de Philips Health Suite zich tussen patiënt en ziekenhuis wringt en bovenop zorgdata komt te zitten. De toepassing zal bovendien zeker niet garant staan voor een minimalisatie van beeldvormend onderzoek. Het heeft immers als doel om gegeven de klinische context te adviseren welke metingen of onderzoeken nog meer gedaan kunnen worden.

Klinische relevantie

Zeer terecht vermeldt Henk Maasen in het artikel op de website van Medisch Contact dat de klinische effectiviteit een punt van aandacht is, en zeker niet het kleinste. Het is maar helemaal de vraag of de machinale adviezen van deze software een meerwaarde hebben voor de kliniek. Het gevaar is dat clinici kritiekloos op de geboden informatie gaan vertrouwen zonder precies te weten op welke manier de besluitvorming binnen het systeem tot stand is gekomen. Voor minimalisatie van het aantal onderzoeken zal het zeker niet zorgen.

FDA

Ook blijkt uit het artikel van Henk Maasen dat toelating door de FDA nog niet definitief heeft plaatsgevonden. Philips zegt nog in gesprek te zijn met deze instantie over het gebruik van de zelflerende algoritmen in Illumeo. Het is ook wel te begrijpen van de FDA aangezien zelflerende software op moment A iets kan adviseren, maar op moment B iets totaal anders. Transparantie over de wijze van besluitvorming is na starten van het zelflerende proces naderhand afwezig. Philips schijnt te betogen dat de toelating door de FDA niet langs de gebruikelijke wegen zou moeten plaatsvinden. Het "concept" zou de FDA moeten goedkeuren, niet het definitieve resultaat. Het probleem is echter dat de FDA dan een soort "black box" zou gaan goedkeuren. Al met al staan we met Illumeo op een scheidslijn ten aanzien van radiologische dataverwerking.

We zullen zien wat Philips toegestaan wordt op de markt te brengen.

W.J. Jongejan

Extra geld zorgverzekeraars naar VZVZ voor LSP- verbeterplan



Het gebruik van het Landelijk SchakelPunt(LSP), waarvoor de vereniging van Zorgaanbieders Voor zorgcommunicatie verantwoordelijk is, loopt niet echt lekker. Met name de uitwisseling van samenvattingen van huisartsendossiers komt maar niet van de grond door een laag aantal opt-in-toestemmingen. Het deel wat wel enigszins loopt, het elektronische medicatie dossier, heeft te kampen met een wisselende betrouwbaarheid. Dat komt vooral omdat dokters in ziekenhuizen wel medicatie elektronisch op kunnen vragen maar niet kunnen aanbieden aan het LSP. Recepten moeten dan per fax naar de apotheken buiten het ziekenhuis gestuurd worden. De zorgverzekeraars gaan nu extra geld aan VZVZ overmaken om de elektronische communicatie via het LSP met betrekking tot medicatie te verbeteren. Het is geld dat boven op de 18 miljoen euro per jaar komt dat VZVZ nu in de periode 2016-2020 krijgt. Hoeveel het bedrag is dat VZVZ toucheert is niet bekend. Het staat niet in de berichtgeving over het verbeterplan op de website van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie(KNMP), maar ook niet op de website van VZVZ en Zorgverzekeraars Nederland(ZN). De laatste twee melden overigens niets over het verbeterplan. Verbeteren betekent dat iets echt niet goed loopt en dat meldt men daar niet graag over het LSP.

Knelpunten

Dat er flinke knelpunten bestaan erkent de KNMP in het bericht. Men geeft aan dat bij inventarisatie door de gebruikers en NedAIS(organisatie van Nederlandse gebruikersverenigingen van Apotheek InformatieSystemen) knelpunten naar voren zijn gekomen, onder meer doordat nog te weinig zorgaanbieders informatie aanleveren via het LSP en door ICT-problemen. Het niet voldoende aanleveren van informatie, wat voor een groot deel het gevolg is van het achterblijven van opt-in-toestemmingen, is een ernstige bedreiging voor het bestaansrecht van het LSP. Ook is het de vraag of zorgaanbieders in ziekenhuizen bij een mogelijkheid

van het aanleveren van informatie daar al dan niet gebruik van (willen) maken. Blijkbaar is het ook niet allemaal rozengeur en maneschijn met de ICT. Onduidelijk is of dat aan de ziekenhuis- dan wel aan de LSP-kant is.

Ziekenhuissystemen

In ziekenhuizen is de overstap naar een ziekenhuis-breed informatie systeem dat aan de eisen van de tijd voldoet nog bij een flink aantal gaande. Daardoor loopt het gebruik maken van aansluitingen op het LSP achter ook al heeft volgens de opgave van VZVZ 92 procent een aansluiting. Dat via die aansluiting tot nu toe alleen éénrichtingsverkeer plaats vond meldde ik al in de eerste alinea. Daarnaast kennen ziekenhuizen een veelvoud aan artsen waardoor de bereidheid om gebruik te maken van de LSP-technologie sterk zal wisselen.

Bodemloze put

Het is tekenend voor VZVZ dat over het extra bedrag dat de zorgverzekeraars uit de verzekerdencas bijdragen aan een steeds maar niet vlottend LSP-systeem, geen openheid bestaat. Het is ook maar helemaal de vraag of de nieuwe geldelijke bijdrage van ZN de niet echt doorvarende olietanker weer in beweging kan brengen. De extra bijdrage kan men zien als de zoveelste "final push". Als weer een som geld die in een bodemloze put verdwijnt. Het LSP heeft tot nu toe al ruim 400 miljoen euro gekost, bijna een half miljard euro.

Wordt ongetwijfeld vervolgd.

W.J. Jongejan

VIPLive: werkend alternatief voor fuik van ketenzorgbericht LSP



De Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), verantwoordelijk voor het Landelijk SchakelPunt(LSP), is al vanaf oktober 2013 bezig met Nictiz om het zogenaamde ketenzorgbericht te ontwikkelen , maar dat wil niet echt vlotten. In de curatieve zorg bestaat voor diabetes mellitus, COPD/astma, hart en vaatziekten en complexe zorg voor ouderen de zogenaamde ketenzorg waarbij meerdere disciplines hun bijdrage leveren om de zorg te verbeteren. Dat kan bij diabetes naast de huisarts ook de praktijkondersteuner, de diëtist, de podotherapeut en oogarts/optometrist zijn. Het maken van een volledig gestandaardiseerd bericht voor werkers die allemaal een ander autorisatieniveau hebben om de gegevens te mogen inzien is nogal weerbarstig. Er bestaat echter al een mogelijkheid om de ketenzorgcommunicatie uit te voeren zonder het LSP. Het VIPLive portaal van het bedrijf Calculus faciliteert al zowel de declaratie, administratie en de zorgprocessen die spelen bij de ketenzorg.

Erg traag

Recent, op 6 en 7 oktober organiseerde VZVZ een voortaan jaarlijks te houden leden-dag, waarop gebruikers op de hoogte werden gesteld van allerlei projecten. De ketenzorg kwam in

een presentatie ook aan bod. Daarin kwam naar voren dat pas in het voorjaar 2017 een tweetal pilots plaatsvinden waarna een “go/no go” evaluatie eerst volgt. Er kan dan nog besloten worden de implementatie van het ketenzorgbericht via het LSP af te blazen. Bij voortzetting gaat volgens de huidige planning pas begin 2018 de mogelijke landelijke implementatie plaatsvinden. In totaal is er dan sprake van een vertraging van vier jaar binnen de eigen planning.

Fuik

Al lange tijd werkt VZVZ middels een tactiek met twee convergerende lijnen toe naar een fuik waarin huisartsen terechtkomen. Aan de ene kant stuurt men aan op het steeds meer aansluiten van zorgaanbieders en aan de andere kant worden burgers gestimuleerd hun opt-in-toestemming te geven. Het doel van het ketenzorg convenant van VZVZ is om de ketenzorgcommunicatie exclusief via de landelijke LSP-infrastructuur te laten verlopen. Huisartsen die principieel niet aansluiten op het LSP hebben dan een zeer groot probleem. Ze kunnen dan hun ketenzorg niet meer adequaat leveren en declareren. Het niet deelnemen aan het LSP door tegenstanders ervan zou voor die huisartsen betekenen dat ketenzorgcommunicatie niet meer zou kunnen plaatsvinden en men òf de facto gedwongen wordt deel te nemen aan het systeem òf de ketenzorg met grote medische en financiële consequenties moet laten vallen. Het is daarom van groot belang dat er een alternatief voor de ketenzorgcommunicatie plus administratieve/financiële afwikkeling mogelijk is via VIPLive van Calculus. De ketenzorgorganisatie Syntein, zorggroep van huisartsen uit de noordelijke Maasvallei, besloot om in november van dit jaar op VIPLive over te stappen.

Calculus

Het bedrijf Calculus uit Leiden is opgericht door de broers Stephan en Winfried Borst en ging in 2004 van start met het Verzekerden Informatie Programma(VIP). Ze hadden gemerkt dat

er een missing link was tussen wat de klant(huisarts) wilde en de automatiseerders konden leveren. De software vulde het gat op dat gevallen was tussen de automatiseringssystemen van huisartsen en zorgverzekeraars. Het was ook een geschenk uit de hemel dat de VIP-Calculus-software bestond op het moment dat declaratieperikelen ontstonden na het invoeren van de nieuwe zorgwet op 1 januari 2006. De software van huisartsen en zorgverzekeraars bleek toen namelijk niet goed op elkaar aan te sluiten. Stephan Borst verliet later het bedrijf en geleidelijk bouwde Calculus de softwaremogelijkheden uit. Het werd onderdeel van de Topicus-groep die software maakt voor de financiële wereld, op het juridische vlak, voor het onderwijs, overheid en de zorg. VIPLive is een toepassing die mede mogelijk is gemaakt door het bedrijf Proigia. Dat bedrijf helpt zorgverleners om informatie uit de eigen systemen op nieuwe manieren beschikbaar te maken voor analyse door hen de benodigde tools en kennis te bieden. Het is onderdeel van Calculus Software en de diensten van Proigia zijn volledig geïntegreerd in VIPLive. Voor een uitleg van 45 minuten over de werking van VIPLive kunt u terecht in de link die aan deze zin gekoppeld. Het is een videopresentatie, een zogenaamd webinar, waarbij tijdens de videopresentatie ook powerpoint-slides getoond worden

Strategisch

Het is van eminent belang dat een alternatief voor de ketenzorgcommunicatie beschikbaar is buiten het LSP en VZVZ en bovendien al werkt. Vanwege de eerder genoemde fuik die VZVZ met ketenzorgcommunicatie voor de huisarts aan het creëren is, kan VIPLive als een strategische uitweg gezien worden.

W.J. Jongejan