

# 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 aparts 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 verzekerdentas 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