

Verantwoordingscircus rond OPEN en gemoedsbezwaarden



U zult zich afvragen wat het delen van zorgdata, vastgelegd door huisartsen, in Persoonlijke GezondheidsOmgevingen (PGO's) (A, B, C, D, E) en gemoedsbezwaarden met elkaar te maken hebben. Nou, het past allemaal in het bureaucratische verantwoordingscircus, opgezet om subsidiegeld van het ministerie van VWS richting huisartsen te doen gaan. Deze moeten zich namelijk naast gebruikelijke werkzaamheden extra inspannen om het mogelijk te maken om zorgdata in die PGO's te kunnen krijgen. Door VWS is daarvoor 75 miljoen euro subsidie beschikbaar gesteld. Dat geld gaat deels naar de leveranciers van huisartsinformatiesystemen (HIS-sen) om de software aan te passen om te voldoen aan de MedMij-protocollen. Op basis daarvan kunnen zorgdata in de PGO's geladen worden. De PGO's zijn app's of programma's op een smartphone, tablet of PC. Terwijl al langere tijd iedereen hamert op de enorme bureaucratische last, is voor de verantwoording van het subsidiegeld op instigatie van VWS een mega verantwoordingscircus opgezet.

LHV, NHG en InEen

Om die 75 miljoen te verdelen is op instigatie van VWS een organisatie opgericht door de Landelijke Huisartsvereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de eerstelijns zorgorganisatie InEen. Het kreeg de naam OPEN. Het heet een vierjarig versnellingsprogramma te zijn. Van de 75 miljoen euro gaat 6,75 miljoen naar de organisatie OPEN zelf, 9 miljoen is bestemd voor de ICT-leveranciers die aanpassingen moeten programmeren. 11,25 miljoen gaat op aan de regionale coalities

van huisartsen die de zaken administratief moeten begeleiden. En 48 miljoen euro gaat naar de huisartsen. Het moge duidelijk zijn dat $6,75 + 11,25 = 18$ miljoen euro sowieso opgaat aan administratieve zaken. **Zie hiervoor de alinea "10% toegevoegde waarde" in deze link.** Men heeft een zeer uitgebreid verantwoordingsstelsel opgezet voor het uitkeren om de 48 van de 75 miljoen aan huisartsen uit te keren. Om betaling aan huisartsen mogelijk te maken heeft de Nederlandse Zorgautoriteit een tariefbeschikking gemaakt.

Wijze van betaling

De honorering van huisartsenzorg bestaat uit twee delen. Het inschrijftarief, grof gezegd voor het beschikbaar zijn van de voorziening en de verrichtingentarieven (consulten, visites etc.). Bij deelname aan het OPEN-programma kan de huisarts éénmalig een opslag van € 2,83 euro op het inschrijftarief declareren. Dat geldt voor de patiënten die met een zorgverzekering bij de praktijk ingeschreven staan. Er zijn echter ook meerdere duizenden gemoedsbezwaarden in Nederland die een zorgverzekering om godsdienstige redenen afwijzen. Een gemoedsbezwaarde vindt het afsluiten van verzekeringen in strijd met Gods voorzienigheid. Huisartsen met gemoedsbezwaarden in de praktijk kunnen het tarief declareren, maar dan als opslag bij het consulttarief (verrichting). Bij de invoering van de verplichte ziektekostenverzekering is dat aantal opgelopen tot ongeveer elfduizend, doordat ook kinderen en zelfstandigen onder deze wet vallen. Het gaat dan om 0,07 procent van de Nederlandse bevolking.

Verantwoordingscircuit

Huisartsenpraktijken moeten aan vier voorwaarden voldoen om het OPEN-tarief te kunnen declareren. Die voorwaarden zijn: 1. Deelname aan een regionale OPEN-coalitie; 2. deelname aan scholing (basismodule van e-learning) die de regionale coalitie zal aanbieden over het implementeren van online

inzage; 3. patiënten zijn geïnformeerd op welke wijze de eigen gezondheidsgegevens elektronisch kunnen worden ingezien (vanuit OPEN worden hier materialen voor verstrekt) en 4. het HIS functioneert conform de richtlijn 'Richtlijn Online inzage in het H-EPD door patiënt' (vanuit OPEN wordt gezorgd dat de HIS-leveranciers de benodigde aanpassingen hiervoor doen).

Om te voldoen aan de OPEN-voorwaarden dient per praktijk minimaal één huisarts en- indien werkzaam in de praktijk- één praktijkondersteuner, één praktijkmanager en één praktijkassistente, de e-learning succesvol te doorlopen. Na het volgen van die e-learning krijgen de deelnemers een certificaat dat in het nascholingsregister moet komen. Dat doorlopen van de cursus moet door de praktijken schriftelijk verklaard worden.

Getallen

Daarnaast verplichten huisartsen die deelnemen zich tot het volgende:

“toestemming te verlenen dat de regionale coalitie beschikt over en gebruik maakt van geanonimiseerde logdata op praktijkniveau, al dan niet verstrekt door de betrokken ICT-leverancier(s), waaruit blijkt hoeveel patiënten per kwartaal gebruik maken van online inzage in het H-EPD en (indien van toepassing) andere online diensten zoals eConsult, eRecept, eAfspraak en het doorgeven van zelfmeetgegevens. Deze gegevens zullen -samengevoegd op regioniveau- ook door het Programmabureau OPEN worden gebruikt voor het monitoren van de voortgang van het Programma OPEN op landelijk niveau”

Verantwoording aantal gemoedsbezwaarden

Naast het aantal op naam van de praktijk ingeschrevenen dienen deelnemende praktijken ook het aantal gemoedsbezwaarden binnen de praktijk_op te geven aan de regiocoalitie. Die gegevens worden daarna gedeeld met de Dienst Uitvoering Subsidies in

Instellingen(DUS-I) van VWS en met de zorgverzekeraars. Bij OPEN staat dat het om geanonimiseerde data gaat, maar meestal gaat het echter om gepseudonimiseerde data.

Overdreven geïstitutionaliseerd wantrouwen

De opgetuigde regeling getuigt van een wel heel erg overdreven en onsmakelijke vorm van geïstitutionaliseerd wantrouwen. Uiteraard dient subsidiegeld verantwoord te worden. De gekozen vorm getuigt wel van een erg bureaucratische aanpak. Bovendien is vele malen meer subsidiegeld door VWS met geringe controle uitgegeven. VWS kan wel stellen dat OPEN dat allemaal regelde, maar uit goed ingewijde bron weet ik dat OPEN door VWS geen andere keus gelaten was. Het was “take it, or leave it” en bij “leave it” toch de verplichting de zorgdata aan PGO's te leveren.

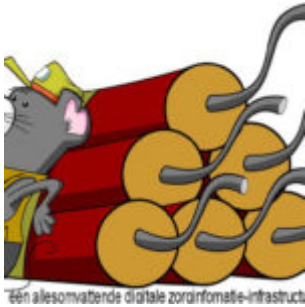
Het doorleveren van aantallen aan VWS en zorgverzekeraars is tamelijk ongepast ten aanzien van hen die juist geen zorgverzekering wensen vanwege hun overtuiging van goddelijk voorzienigheid.

Het komt op mij over als een ongebreidelde vorm van data-honger, controle-dwang en wantrouwen.

W.J. Jongejan, 8 mei 2020

Afbeelding van Clker-Free-Vector-Images via Pixabay

Brave toekomstvisie digitalisering huisartsenzorg met toch enig dynamiet



Op 25 oktober 2018 maakten de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), en het eerstelijns samenwerkingsverband InEen het visiedocument "Digitalisering Huisartsenzorg 2019-2022" bekend. Het stuk borduurt voort op bestaande ontwikkelingen in de zorg en in de digitale wereld en is daarom niet bepaald revolutionair te noemen. Het document zegt richting te willen aangeven aan EEN bij de veranderende huisartsenzorg passende toekomstgerichte digitale zorginformatie-infrastructuur, maar kiest nadrukkelijk niet voor ÉÉN allesomvattende oplossing. Zonder de naam te noemen doelt men daarbij expliciet op het gebruik van de infrastructuur rond het Landelijk SchakelPunt (LSP). Dat de met name de LHV zich niet meer vast wil leggen op het LSP als enige zaligmakende oplossing voor zorgcommunicatie meldde ik recent (11-10-2018) op deze website. Hoewel de LHV één van de "founding fathers" is van VZVZ blijkt ze door recente verandering van de governance- (lees: verenigings-) structuur nog wel toegelaten te worden tot de algemene vergadering, maar geen stemrecht meer te hebben. Het aparte is dat bij alle berichtgeving over het visiedocument van LHV, NHG en InEen géén van de recensenten de apert in de kamer aanwezige olifant wensen te zien. (A, B)

Braaf en voorspelbaar

De gepresenteerde visie is als braaf en voorspelbaar te karakteriseren. Het is meer van hetzelfde. Obligate passages als het gebruik van kunstmatige intelligentie, big data en beslisondersteuning passeren weer de revue. Het inzetten op samenwerking en interoperabiliteit is ook een open deur te noemen. Ook de roep om verdere standaardisatie en protocollering. Het aloude WCIA-HIS-referentiemodel van de NHG is weer eens afgestoft door het vermelden van toetsbare basiseisen voor eerstelijns ICT-systemen(XIS-sen).

De olifant in de kamer

In hoofdstuk 3 onder de alinea “Leidende principes” komen in punt 3 en 4 de drie eerstelijns-organisaties wel met het door mij hierboven genoemde stukje dynamiet. Het kan niet anders dat het visiedocument hierin het standpunt van de LHV hier voluit verkondigt.

“Wij gaan niet voor één allesomvattende oplossing om een passende, toekomstgerichte digitale zorginformatie-infrastructuur te realiseren. Eén oplossing voor alle behoeften is niet realistisch; diverse oplossingen zijn goed voor specifieke doelen; daarnaast kent iedere oplossing zijn eigen ontwikkeltempo.

“Wij vinden keuzevrijheid en vernieuwing belangrijk. Het is belangrijk dat er een keuzepaletbeschikbaar is aan mogelijkheden en oplossingen.”

Geen gedwongen keuze

Hoewel VZVZ als verantwoordelijke voor het LSP luidkeels roept dat er meerdere systemen naast elkaar kunnen bestaan is er toch een niet te ontkennen convergentie langs diverse lijnen naar een dominante, zo niet monopolistische positie van het LSP binnen de zorgcommunicatie. Als bijvoorbeeld het ketenzorgbericht via LSP ooit vaste grond onder de voeten

krijgt en dat de enige wijze zou zijn om de ketenzorg qua communicatie te faciliteren zou er een de facto noodzaak zijn en geen keuze meer bestaan over het al dan niet aansluiten op het LSP. De LHV heeft al in 2014 die bui zien hangen en heeft toen het ketenzorgconvenant van VZVZ niet medeondertekend. Er zijn meer voorbeelden te bedenken waarbij er een de facto dwang richting LSP-gebruik kan ontstaan en die de LHV koste wat kost wil vermijden..

Geen echte oplossingen

De in de visie verwoorde gedachtengoed laat geen schokkende nieuwe inzichten zien die bekende systemen en de uitwisseling ertussen beter zullen maken. Meer gestandaardiseerde berichten zijn niet de oplossing. Nictiz kan dan wel in samenwerking met VZVZ bezig zijn met het definiëren van zorgbouwstenen voor communicatie via het LSP, maar wat echt nodig is, is een bibliotheek van gestandaardiseerde componenten, die bruikbaar zijn in **ELK** systeem. Daarbij doel ik bijvoorbeeld op het kiezen van een andere basis van ICT-systemen waarin zorgdata worden vastgelegd, namelijk de keuze voor de Europese EN13606 norm. Deze is ontworpen om als standaard voor informatie-architectuur, zodat daarmee elektronische zorgdossiers eenvoudig uit te wisselen zijn. De in Nederland gebruikte HL7 FHIR standaard is vooral ontworpen voor de communicatie tussen zorginformatiesystemen, zonder direct iets over de architectuur van de zorginformatiesystem zelf iets te zeggen. Het voordeel van het gebruik van de Europese norm is dat iedereen componenten gebruikt die gebaseerd zijn op een gemeenschappelijk generiek database-model en iedereen dezelfde codestelsels gebruikt. De LHV met haar partners in het visiedocument borduren voort op de bestaande situatie die zeer ingewikkeld geworden is en steeds gecompliceerder wordt en maken geen fundamentele keuzes.

W.J. Jongejan, 29 oktober 2018

Ontbrekend verdienmodel PGO's gaat leiden tot subsidie en opname in ZV-pakket



Op dit medium schreef ik de laatste 10 maanden al enige malen over de Persoonlijke GezondheidsOmgevingen (PGO's). (A, B, C, D). Dat zijn de apps of programma's, die bedoeld zijn om de burger er zijn/haar medische data in op laten slaan te slaan. Data die elektronisch verkregen zijn uit elektronische dossiers van zorgaanbieders, zoals huisartsen, apotheken en ziekenhuizen. Het ministerie van VWS heeft kosten nog moeite gespaard om de PGO's tot stand te doen komen. Met subsidies, speerpuntfinanciering en ook het opzetten van een heel afsprakenstelsel (MedMij-protocollen) zette het ministerie van VWS, soms in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland, in op het maken van deze nieuwe elektronische zorgdata-kluisjes voor de burger. Door subsidieregelingen zijn er nu ruim 60 verschillende PGO's in de maak. Er bestaat ondanks al die inspanningen geen enkel zicht op een effectief verdienmodel voor de makers en beheerders van de PGO's. Men wil de burger niet rechtstreeks zelf laten betalen. Het ziet er, bevestigd door een kwartiermaker van het project OPEN, naar uit dat de kosten van een PGO's als die door een burger gekozen en geactiveerd is gedragen gaan worden door het ministerie van VWS, in de vorm van eerst subsidie en later opname in het

basispakket van de zorgverzekering. Want subsidies hebben de onhebbelijkheid vroeg of laat op te houden.

MedMij en OPEN

VWS financiert samen met Zorgverzekeraars Nederland de stichting MedMij die het afsprakenstelsel/protocollen maakt om zorgdata in een PGO te kunnen krijgen. Het acroniem OPEN staat voor Ontsluiten Patiëntengegevens Eerstelijnszorg Nederland. Het is een programma dat opgezet is door de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV), het Nederland Huisartsen Genootschap(NHG) en InEen, de vereniging van organisaties van eerstelijnszorg. Men noemt het nogal ronkend een sectorprogramma voor huisartsen en ketenzorgpartners. Het moet uitvoering geven aan het gestelde in de Wet Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens(33509) die in 2017 aangenomen is. Daarin staat dat patiënten zelf over hun zorgdata moeten kunnen beschikken.

HIS demo-dag

Elk jaar organiseert NedHIS, de koepel van gebruikersverenigingen van huisartsinformatiesystemen(HIS-sen) een dag waarop op specifieke onderdelen deze met elkaar vergeleken worden. Ook komen elektronische data-uitwisselsystemen ter sprake. Arina Burghouts van de Patiëntenfederatie Nederland was aanwezig om over de MedMij-protocollen te vertellen. Voor OPEN was de voormalig huisarts en thans adviseur Bart Brandenburg aanwezig. Hij is "kwartiermaker" voor OPEN. Hun presentatie vindt u onder deze link.

Zorgverzekeraars betalen?

Tijdens technisch overleg met de vaste Tweede Kamercommissie voor VWS op 22 mei 2018 en tijdens een verzameloverleg kwam te sprake wat u het verdienmodel voor de PGO's was. Toen verkondigden de vertegenwoordiger van de Patiëntenfederatie

Nederland, de Chief Information Officer van VWS en minister Bruno Bruins nog dat het *“waarschijnlijk”* de zorgverzekeraars waren die zouden gaan betalen.

Subsidie / in ZV-pakket

In de discussie over de presentatie van Bart Brandenburg bracht ik het ontbrekende verdienmodel onder de PGO's te sprake. Bart Brandenburg van OPEN zag de burger ook niet rechtstreeks als betaler voor een PGO. Wel gaf hij aan dat er subsidie voor ging komen en dat er plannen waren om het eventueel op te nemen in het basisverzekeringspakket. Opgenomen in het verzekeringspakket zal de burger dan toch wel meebetalen. Bovendien kan het door verdringing zorgen dat andere zaken uit het basisverzekeringspakket kunnen verdwijnen.

Beroepsgeheim veilig?

Zeer opmerkelijk in de presentaties van Arina Brughouts en Bart Brandenburg was dat zowel MedMij als OPEN stellen dat het beroepsgeheim er veilig bij is. Die opmerkingen zorgden voor enig rumoer onder de ruim 70 aanwezigen. Het is namelijk zo dat als zorgdata met behulp van MedMij-protocollen en gefaciliteerd door het OPEN-programma in PGO's beland zijn er juist **GEEN** bescherming meer is van de patiënt door de arts door middel van het medisch beroepsgeheim. De patiënt kan bij het aanvragen van voorzieningen simpel door overheden onder druk worden gezet om toch zorgdata te leveren. Ook bedrijven kunnen door subtiele vormen van reclame de burger overhalen de zorgdata met hen te delen voor een beperkt financieel of materieel gewin.

LHV

Het is jammer dat de LHV als partner binnen het OPEN-programma dit soort gevaren niet signaleert en benoemt. Uiteindelijk ontstaat op termijn een groot probleem als zorgdata gedeeld blijken te zijn en de patiënt bij hoog en laag beweert dat

hij/zij niet degene is geweest die de data beschikbaar stelde.

W.J. Jongejan, 16 oktober 2018

LHV zwijgt weer bij bericht over mogelijke opheffing OZIS-ketenzorg in 2020



Op 9 juli 2018 maakte het bestuur van de stichting OZIS bekend dat het gebruiksrecht van de OZIS Ketenzorg standaard op 1 januari 2020 afloopt. Het is de bedoeling dat per die datum de uitwisseling van het ketenzorgbericht via het Landelijk SchakelPunt(LSP) gaat lopen. Bij de berichtgeving daarover valt op dat de aangekondigde datum toch wel weer boterzacht is, omdat het bestuur tussentijds eens per kwartaal de voortgang van het ketenzorgprogramma evalueert met drie organisaties. Dat zijn de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), verantwoordelijk voor het LSP, Zorgverzekeraars Nederland(dat het LSP volledig financiert en InEen, de organisatie die de belangen behartigt van de organiseerde eerste lijn in de zorg. Grote afwezigheid bij die

organisaties is evenwel de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV). Die wordt niet door InEen vertegenwoordigd. De LHV heeft zich ook in het verleden, bij de aankondiging van het Convenant Ketenzorg en het Programmaplan Ketenzorg, d.d. 30 oktober 2013, zich afzijdig gehouden van dit project. De LHV ondertekende beide niet, wel de Landelijke Vereniging georganiseerde eerste lijn (LVG), de rechtsvoorganger van InEen. Het is nogal saillant omdat de LHV binnen het bestuur van VZVZ wel vertegenwoordigd is via de Koepelraad, maar met de ketenzorg toch afstand neemt tot dezelfde organisatie.

Weerbarstige materie

Ketenzorg vindt plaats rond categorieën van patiënten. In de eerste plaats ging het om diabetes mellitus, daarna astma/COPD, CardioVasculair RisicoManagement(CVRM) en ouderenzorg. Binnen de keten zijn bijvoorbeeld bij diabetes mellitus allerlei soorten zorgverleners bezig rondom de patiënt. Elk met een eigen invalshoek, maar ook elk met een eigen autorisatieniveau ten aanzien van de zorgdata. Zo mag een diëtiste niet alles van de uitgewisselde zorgdata inzien behoudens datgene wat op haar beroepsgebied ligt, en de mag praktijkondersteuner diabetes weer meer dan de diëtiste inzien. Er moet dus een gelaagde toegang tot de informatie zijn afhankelijk van het autorisatieniveau. Dat is best moeilijk om te implementeren en dat bleek ook wel de afgelopen jaren.

Te ambitieus

In het genoemde Convenant ketenzorg en Programmaplan Ketenzorg uit 2013 werd 2014 als start gemeld en 2015 als het jaar van implementatie. Dat blijkt toch wel anders te lopen. Nu in 2018 wordt een implementatie per 1 januari 2020 aangekondigd, met nog een slag om de arm zoals hierboven vermeld. Om grip op de materie te krijgen is men teruggevallen op een heel basaal niveau door het definiëren van zogenaamde zorginformatiebouwstenen(ZIB's). Onderdelen van zorg worden

daarin gedefinieerd en er wordt voor gezorgd dat daar consensus over is. Veldtesten in de vorm van een tweetal pilotprojecten zijn ook veel later dan voorzien in West-Friesland(2017) en Friesland(2018) gestart. Naar mijn weten loopt de pilot in Friesland nog steeds.

Voorbehoud LHV

In 2016 heeft de LHV een heel duidelijk voorbehoud gemaakt ten aanzien van nieuwe functionaliteit van het LSP. Het ondertekende toen wel het LSP Convenant 2016-2020, maar maakte daarbij de volgende opmerkingen:

“De LHV vindt de uitwisseling van huisartswaarneemgegevens (tussen huisartsenpraktijk en huisartsenpost) en het beschikbaar hebben van actuele medicatie- en ICA-gegevens voor voorschrijvers en verstrekkers van groot belang. Het LSP is een veilige manier om deze gegevens uit te wisselen. We zullen de verdere doorontwikkeling van het LSP en de VZVZ kritisch volgen en beoordelen. De komende periode wordt in de eerste plaats gekenmerkt door het intensiveren van het gebruik en de doorontwikkeling van de huidige basisinfrastructuur. De LHV geeft niet op voorhand commitment af voor het toevoegen van nieuwe functionaliteiten of het aansluiten van nieuwe doelgroepen op het LSP. Daarover wordt besloten als de situatie zich voordoet.”

Probleem

Het voornaamste probleem dat bij ketenzorg via het LSP ontstaat is dat er eigenlijk een de facto verplichting voor arts en patiënt gaat ontstaan om mee te doen met het LSP. En dat terwijl in het parlement aangegeven is dat er nooit een verplichting mag zijn tot aansluiting of het geven van toestemming. Het LSP fungeert dan als een fuik, tenzij ketenzorg via een andere weg dan het LSP gefaciliteerd kan worden. Ik schreef er op 8 december 2016 een bijdrage over. Het is overduidelijk dat de LHV de kaarten voorlopig tegen de borst houdt.

Groter probleem

Een bijkomend probleem is ook dat in de rechtszaak van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen tegen VZVZ door de Rechtbank Midden Nederland op 23 juli 2014 in rechtsoverweging 5.18 bepaald is dat de opt-in-toestemmingen die verkregen zijn alleen gelden voor de toen aanwezige functionaliteit. Dat was de waarneem- /huisartsenpostinzage van huisartsendata en de medicatieoverzichten. VZVZ bevestigde dat ook voor de rechtbank Elke uitbreiding van de functionaliteit zal ook volgens VZVZ opnieuw toestemming van elk de burger vereisen, dus ook voor de ketenzorg. Ik schreef hierover ook op 26 april 2016 toen de eerste vertragingen rond het ketenzorgbericht duidelijk werden.

W.J. Jongejan, 17 juli 2018

**Nog steeds niet beschikbare
UZI-pas (niet op naam) maakt
illegaal handelen tot
noodzaak**



Voor een aantal medewerkers bij zorgverleners, als apotheken, huisartsen en ziekenhuizen, bestaan "UZI-passen-niet-op-naam". Deze zijn bedoeld voor personeelsleden die het informatiesysteem van de zorgverlener voor hun werk moeten gebruiken, maar niet geautoriseerd zijn om via het Landelijk SchakelPunt handelingen te verrichten. Eind mei 2017 liet de instantie die de passen uitgeeft, het UZI-register, onder verantwoordelijkheid vallend van het CIBG, plotseling weten dat zulk soort passen tot 1 maart 2018 niet te verlengen of nieuw te verkrijgen zouden zijn. We leven nu in juni 2018 en deze UZI-passen- niet op naam- zijn nog steeds niet te krijgen. Koepelorganisaties van zorgverleners, als de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie(KNMP), de Landelijke HuisartsenVereniging(LHV) en INEEN waarschuwden de afgelopen week dat deze passen nog steeds niet beschikbaar zijn. De oorspronkelijke negen maanden die het UZI-register zelf voorspelde in 2017 zijn nu ruim elf geworden. Het gevolg van het niet leveren van nieuwe passen is dat zorgverleners hun personeel in toenemende mate met workarounds toch hun werk moeten laten doen. Dat gebeurt dan op andermans UZI-passen. Dat is in wezen illegaal, maar wel noodzakelijk om op de werkvloer alles goed te laten verlopen. Ik schreef erover op 23 mei 2017.

Reden

De reden van het plotsklaps niet meer kunnen aanmaken van nieuwe UZI-passen(niet op naam) was gelegen in gewijzigde eisen waaraan het UZI-register moet voldoen als Trusted Service Provider. Daar viel bijvoorbeeld het opnemen van Kamer van Koophandel(KvK)-nummers in UZI-passen. En daar was de chip op de kaart niet op berekend. Zowel het UZI-register zelf als de passen moesten aangepast worden. In 2017 heeft men het probleem te laat zien aankomen, waardoor slechts in de laatste week van mei nog passen die verliepen opnieuw aangevraagd en uitgeleverd konden worden. Onder de oppervlakte wordt continu gesleuteld aan de UZI-passen. Ik vond een document waarin het

CIBG-een dienst onder verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS- één en ander opsomt. Op pagina 10 ziet u het schema van de mutaties rond de helft van het jaar 2017. In hoofdstuk 1.1.2. ook wat opmerkingen over de genoemde pas.

Onvindbaar

Als u nu zoekt op de website www.uziregister.nl dan is er niets over de UZI-passen-niet-op-naam te vinden. Alle links die ik in het hierboven genoemde artikel van mij van 23 mei 2017 plaatste met betrekking tot pagina's op de website van het UZI-register zijn dood. Het lijkt erop alsof ze van de aardbodem verdwenen zijn om lastige vragen te voorkomen zolang de gewraakte kaart net beschikbaar is.

Illegaal

De niet op naam staande passen zijn normaliter in gebruik bij administratieve medewerkers van zorgaanbieders. Het gaat om leerling (apothek)assistentes, administratieve krachten, bezorgers en stagiaires. Het niet hebben van de passen leidt tot verstoring van werkprocessen. Om deze toch normaal hun werk te kunnen laten doen laten hun werkgevers hen nu werken op werkstations waarop andere pashouders ingelogd zijn. Het doel waarvoor de passen-niet-op-naam ooit gemaakt zijn, wordt daarmee volledig voorbij geschoten. Logging van wie wanneer op welk werkstation deed is nu deels onmogelijk.

Uitlokking

Wat hier gebeurt, is het uitlokken van illegaal handelen. Het inloggen op andermans passen is iets waarvoor het ministerie van VWS continu gewaarschuwd heeft, mede naar aanleiding van de resultaten van een onderzoek uit 2011. Daaruit bleek dat vaak met andermans pas werd ingelogd of dat medewerkers bij het tijdelijk verlaten van de werkplek niet uitlogden.

Het geeft ook weer eens aan hoe weerbarstig ICT-problemen in de zorg zijn. ICT-projecten bij de overheid, waarbij deadlines

niet gehaald worden zijn zeer talrijk. De overheid wil dan nogal eens net doen of de neus bloedt en het probleem doodzwijgen, bagatelliseren of in het ergste geval ontkennen.

W.J. Jongejan, 15 juni 2018