

Prefetching ondergraaft geloofwaardigheid LSP als realtime-systeem



Via het Landelijk SchakelPunt(LSP) kan een zorgverlener als die daar op aangesloten is en de patiënt een opt-in-toestemming heeft gegeven om medisch gegevens en/of medicatiegegevens te delen, realtime die data opvragen. Vaak gebeurt dat echter niet. Met name op huisartsenposten, die de spoedzorg in avonden en weekenden verlenen, en op ziekenhuispoliklinieken maakt men op grote schaal gebruik van [“prefetching”](#). Dit houdt in dat niet tijdens het consult een bevraging via het LSP wordt uitgevoerd, maar al op het moment dat de agenda voor de komende dag, dagdeel of uur bekend is. In goed Nederlands zou je kunnen spreken van een vooropvraging. Nog voordat de patiënt de spreekkamer binnen is, heeft de bevraging dus plaats gevonden ongeacht of die bevraging van het LSP-systeem wel nodig was voor het contact met de patiënt. Ook al lijkt het LSP-systeem redelijk vlot te werken , is het toch nog steeds een belemmering van de workflow tijdens het spreekuur. Indien het wel vlot zou werken zou prefetching totaal onnodig zijn. Door prefetching worden in principe veel meer data opgevraagd dan strikt genomen nodig is voor het contact met de patiënt. Uit diverse uitingen op de website van VZVZ en elders is te merken dat men absoluut nog niet zonder prefetching kan.

HAP

Al vrij snel na de introductie van de private doorstart van het LSP was het duidelijk dat huisartsenposten(HAP-pen) massaal werken met prefetching. Patiënten die tijdens de diensten de HAP bellen worden indien zij opt-in-toestemmingen hebben laten vastleggen, in een wachtrij gezet in de HAP-agenda. Daarna vindt door de HAP-assistente batch-gewijs bevraging via het LSP bij bronsystemen van eigen huisarts en apotheker(s) plaats ongeacht de aard van het consult. Het argument om zo met prefetching te werken is dat er dan geen tijd verloren gaat aan datacommunicatie tijdens het consult. Wel wordt zo een overmaat aan medische data opgevraagd. Informatie die door kopiëren ook weer in het Hap-systeem een plaats kan krijgen. Het is de vraag of iedere HAP-bezoeker zich wel realiseert dat er vaak meer informatie wordt opgevraagd dan noodzakelijk is.

Ziekenhuis

[Uit een zeer recente publicatie op de website van de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie\(VZVZ\)](#), die verantwoordelijk is voor het LSP, blijkt dat in ziekenhuizen momenteel specialisten hoofdzakelijk via prefetching data opvragen. De maag-darm-lever specialist Paul Bus uit het Laurentiusziekenhuis in Roermond houdt daarin een jubelend verhaal over het LSP-gebruik. Uit de alinea "Hoe werkt het in de praktijk" blijkt dat hij zijn assistente mandateert om voor het spreekuur uit bij alle patiënten die op het spreekuur komen het LSP te bevragen. In zijn geval heeft hij zijn assistente ertoe gemandateerd. [Soms is het zo dat de ziekenhuisapotheker een apothekersassistente mandateert om medicatiedata via het LSP aan te vragen ten behoeve van het spreekuur van een specialist. Dat blijkt uit een publicatie van het Regionaal Elektronisch Netwerk West-Brabant.](#) Het argument om dat zo te doen is om te voorkomen dat alle specialisten in een ziekenhuis een UZI-pas nodig hebben om deze data op te vragen. Toch is dit uitermate vreemd, want met een bevragingssysteem als het LSP is het nu juist de bedoeling

dat zorgverleners zelf beslissen wat ze opvragen en daarbij een persoonlijke UZI-pas gebruiken. Op de zojuist beschreven wijze wordt dus een workaround gecreëerd.

VZVZ

Als de voor het LSP verantwoordelijke organisatie ziet VZVZ ziet deze organisatie ook wel dat prefetching nou niet datgenen is waarmee men uitgebreid voor het voetlicht wil komen. [Dat blijkt uit een verslag van de leveranciersdag van VZVZ in oktober 2016.](#) Tijdens een discussie zegt ene Marcel, vermoedelijk Marcel Settels, productmanager Infrastructuur van VZVZ Servicecentrum het volgende:

“prefetching is iets waar we vanaf willen. Past eigenlijk niet in het idee van realtime opvragen, immers dat wil je ondersteunen.”

Dat is namelijk de kern van de zaak. Het hele idee dat achter het LSP zit , is dat het realtime zou moeten werken. Dus als een patiënt op een spreekuur komt dan vraagt de zorgverlener op dat moment informatie op via het LSP. Het hele idee van prefetching is een noodgreep om toch informatie tijdens het spreekuur te hebben zonder te hoeven wachten op een bevragingssysteem.

Matige performance

Dat prefetching nog steeds nodig is en de kurk is waarop het LSP binnen grote instellingen drijft, heeft alles te maken met de matige snelheid waarmee de opvraag van data gebeurt. Het is nogal gênant in het licht van de bijna half miljard euro die tot nu toe besteed is aan dit megalomane systeem.

W.J. Jongejan

N.B. Op 27 mei 2017 blijkt daags na publicatie van dit artikel dat de link naar de webpagina Van RenWBrabant waarin het prefetchen door de apotheek voor de specialist vermeld

wordt(zodat die geen UZI-pas nodig zou hebben), dood is. Derhalve is die nu door mij vervangen door een Word-document met een kopie van de inhoud van deze webpagina. Eén en ander lijkt geschiedt te zijn door actie vanuit VZVZ.

Toegenomen aansprakelijkheid voor VZVZ eigenlijk een wassen neus



[In de afgelopen zomer meldden](#) de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV) en de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), dat de aanvankelijk als zeer mager gekenschetste aansprakelijkheid van VZVZ, verhoogd was. Thans is het [addendum](#), waarin de verhoging overeengekomen is, openbaar gemaakt. Het gaat om een addendum bij de [Algemene Voorwaarden behorend bij de Gebruiksovereenkomst](#), die een zorgaanbieder sluit met VZVZ als die gaat communiceren via het Landelijk SchakelPunt(LSP). Dat het niet zonder slag of stoot ging, werd duidelijk door de wat warrige berichtgeving, die er aan vooraf ging. Daarbij [meldde de LHV](#) zeer kortdurend(krap één dag) dat er geen overeenstemming te bereiken was, met daarna het bericht dat men [nog in gesprek](#) was met VZVZ.

Addendum

In het vandaag bekend geworden stuk wordt de aansprakelijkheid van VZVZ verhoogd van een schamele tienduizend euro naar twee en een half miljoen euro per geval met een maximum van vijf miljoen per jaar (addendum: artikel 3.1). De zorgaanbieder moet wel eerst door een patiënt worden aangesproken voor een medische schade ten gevolge van tekortschieten van Servicecentrum-VZVZ in het nakomen van haar verplichtingen jegens gebruiker op grond van de gebruiksovereenkomst en de claim moet in eerste instantie voorgelegd zijn aan de aansprakelijkheidsverzekeraar van de zorgaanbieder. VZVZ aanvaardt dan aansprakelijkheid voor de regresvordering van de genoemde verzekeraar, enkel indien er sprake is van een beroepsfout waarvan de oorzaak is gelegen in het tekortschieten van het Servicecentrum in het nakomen van haar verplichtingen op grond van de Gebruiksovereenkomst. Bovendien moet de verzekeraar op grond hiervan een vergoeding hebben uitgekeerd aan de benadeelde patiënt.

De aansprakelijkheid is dus niet rechtstreeks jegens de zorgaanbieder, maar jegens de aansprakelijkheidsverzekering van de zorgaanbieder. (addendum: artikel 3.7) Indien die verhaal (regres) wil halen bij VZVZ dan zal die in dat geval aansprakelijkheid aanvaarden.

Uitsluitend LSP-computer

De aansprakelijkheid wordt door VZVZ alleen aanvaard als het gaat om uitval/disfunctioneren van de centrale LSP-computer en dan nog alleen als het niet als overmacht beschouwd wordt door VZVZ.

Er staat in artikel 3.8:

“Het Servicecentrum is niet gehouden tot nakoming van enige verplichting indien hij daartoe verhinderd is als gevolg van overmacht. Onder overmacht wordt mede verstaan het niet naar behoren functioneren van de telecommunicatie-infrastructuur, elektronische certificaten, UZI-pas en readers of het niet

naar behoren functioneren van een ZSP en/of een GBZ, alsmede het in verzuim zijn in de nakoming van de verplichtingen zijdens Servicecentrum vanwege een overmachtssituatie aan de zijde van een (sub)bewerker.”

Het komt er dus op neer dat indien VZVZ maar met één vinger kan wijzen naar disfunctioneren van de keten van opvragende zorgaanbieder naar LSP-computer en van LSP computer naar bronhoudende zorgaanbieder de aansprakelijkheid niet aanvaard wordt. Zulks terwijl onder auspiciën en onder regie van VZVZ de hele keten van en naar het LSP opgezet is.

Het is enigszins voor te stellen dat VZVZ niet volledig verantwoordelijk wil zijn voor apert disfunctioneren van onderdelen van de LSP-keten, maar alle verantwoordelijkheid voor dat deel van zich afschuiven gaat te ver. Zo laat VZVZ zorgaanbieders tekenen voor het hebben van een Goed Beheerd Zorgsysteem(GBZ), terwijl in de praktijk weinig zorgaanbieders door lijken te hebben waarvoor ze tekenden. Vragen over hoe vaak en hoe intensief de steekproeven zijn van VZVZ op het voldoen aan de GBZ-criteria [worden niet beantwoord](#). Ook wordt geen antwoord gegeven op de vraag wat de resultaten zijn van die controles en welke acties volgen.

Teleurstellend

De inhoud van het addendum is ronduit uitermate teleurstellend te noemen. Ik ben geen jurist, maar in de praktijk zal het, als het om een claim gaat, een uiterst moeilijke juridische strijd worden. VZVZ heeft er alle belang bij om de claim te doen afwijzen en is de enige, die intern de informatie heeft, waar wat fout ging. In wezen is de aansprakelijkheid van VZVZ min of meer afgewikkeld op de aansprakelijkheidsverzekering van de zorgaanbieder.

Het addendum komt mij dan ook voor als een wassen neus, waarbij het ondertekenen door de LHV geen schoonheidsprijs verdient.

W.J. Jongejan

Voor reacties: zie sidebar op [de volgende pagina](#).

Hoe goed beheerd is een Goed Beheerd Zorgsysteem?



In de systematiek van het gebruik van het Landelijk SchakelPunt(LSP), dat door de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie(VZVZ) wordt beheerd, is een Goed Beheerd Zorgsysteem(GBZ) een zorginformatiesysteem, waarmee een zorgaanbieder patiëntgegevens kan uitwisselen met andere zorgaanbieders. Via een Goed Beheerd zorgNetwerk(GBN) wordt een GBZ aangesloten op het LSP. Aan een GBZ worden een drietal [groepen van eisen](#) gesteld: applicatie-eisen, implementatie-eisen en exploitatie-eisen. De eerste twee groepen kunnen aardig goed gecontroleerd worden, maar de exploitatie-eisen zijn de verantwoordelijkheid van de aangesloten zorgaanbieder en maar beperkt controleerbaar. Er blijkt geen enkel gegeven vrij toegankelijk te zijn over de controle inzake het voldoen aan deze laatste groep eisen. Of de daartoe vereiste steekproeven en andere controles überhaupt plaatsvinden is totaal onduidelijk. De vraag is of het vertrouwen op het goed beheerd zijn wel terecht is.

Applicatie-eisen

Als een zorgaanbieder aan wil sluiten op het LSP moet deze een zorginformatiesysteem hebben, dat een kwalificatietraject heeft doorlopen bij NICTIZ en acceptatietesten heeft doorstaan bij het Service centrum van VZVZ. Elke nieuwe versie van een huisartsinformatiesysteem(HIS) moet aan die voorwaarden voldoen. Ook het netwerk waarmee de medische data getransporteerd worden naar het LSP moet een kwalificatie- en acceptatietraject doorlopen voor het een Goede Beheerd zorgNetwerk(GBN) genoemd mag worden. Dit is een vrij duidelijke en overzichtelijke situatie.

Implementatie-eisen

Aan het daadwerkelijk aansluiten van ICT-systemen van zorgaanbieders op het LSP via een GBN zijn ook duidelijke eisen gesteld. Het implementatietraject is alleen iets weerbarstiger, omdat na het aansluiten moet blijken of de informatie die verstuurd wordt ook wel correct getoond wordt bij de aanvrager. Eerder [schreef ik al](#) dat er in een aantal gevallen sprake is van falende communicatie door persoonsverwisselingen op basis van het Burgerservicenummer(BSN), verkeerde vertaling van medicijncodes en het tonen van het jaar 1899 als startdatum bij opgevraagde medicatie-informatie.

Exploitatie-eisen

Op het gebied van de exploitatie van een op het LSP aangesloten HIS wordt het nog een stuk moeilijker en qua beheersing weerbarstiger. Op papier lijkt het allemaal te kloppen. Immers, de aangesloten zorgaanbieder geeft bij het tekenen van de contracten met VZVZ aan te beschikken over een Goed Beheerd Zorgsysteem. In [de overeenkomst](#) staat:

“3.6 Gebruiker is verplicht om gedurende de Overeenkomst blijvend te voldoen aan de GBZ-eisen. Gebruiker zal op verzoek van Servicecentrum schriftelijk bewijs overleggen dat de door

hem gebruikte systemen voldoen aan de Standaarden. Servicecentrum heeft het recht om steekproefsgewijs of ad hoc te controleren op naleving van de eisen.

3.8 Gebruiker stelt een GBZ-beheerder aan. De GBZ-beheerder zorgt namens Gebruiker voor het beheer van de GBZ en werkt namens de Gebruiker samen met de andere beheerpartijen in de keten op basis van de Dossierafspraken en -procedures (DAP)”

In wezen gaat het om vertrouwen op het GBZ-schap van een aangesloten zorgaanbieder, maar is dat wel terecht?

Zorgaanbieder

Het is maar helemaal de vraag of de gemiddelde huisarts die op het LSP is aangesloten enigszins doorgrondt waarvoor getekend is. Het gaat om een aantal praktische zaken die de bedrijfsvoering ingewikkeld maken. Er moet een [GBZ-beheerder](#) worden aangesteld die de geldigheid van de UZI-passen in de gaten houdt, de dagelijkse logging van de communicatie via het LSP bekijkt en actie onderneemt als er verstoringen zijn ontdekt. Wat betreft de UZI(Unieke Zorgidentificatie)-pas, waarmee een praktijkmedewerker inlogt voor LSP-gebruik moeten de gebruiksprocedures ook nauwgezet gevolgd worden. Bij verlaten van de werkplek, hoe kort dan ook, moet de UZI-pas uit de kaartlezer verwijderd worden. Er moet niet ingelogd worden met andermans UZI-pas en ook niet door een andere medewerker een reeds gestarte LSP-sessie afgemaakt worden. Kortom het vraagt zeer veel discipline en volharding om aan de GBZ-voorwaarden te blijven voldoen.

De GBZ-beheerder moet ook het contact onderhouden met de LSP-servicedesk bij problemen in de datacommunicatie. Los daarvan moet het huisartsinformatiesysteem op adequate wijze zijn voorzien van software die virussen en malware buiten de deur houdt.

Steekproeven

VZVZ stelt dat men steekproefsgewijs en ad hoc de aangesloten zorgaanbieders controleert op het voldoen aan de GBZ-eisen. Helaas is nergens informatie te vinden over hoeveel praktijken in een bepaald kalenderjaar gecontroleerd zijn en of er wel daadwerkelijk gecontroleerd wordt. Ook is nergens te lezen of er, en in welke mate, voldaan werd aan GBZ-eisen. Het blijft daarom gissen of het vertrouwen dat op papier gesteld wordt in de aangesloten praktijken wel terecht is. Mijn inschatting is dat dat veel zorgaanbieders wel de contracten tekenden, maar wat betreft het beheer op praktijkniveau de facto te kort schieten. Niet uit vanuit een zorgeloze instelling, maar gewoon praktisch op basis van de werkbelasting.

W.J. Jongejan

**Curieus, LHV en VZVZ toch nog
wel in gesprek over
aansprakelijkheid betreffende
LSP**



Op 17-06-2015 staat op de website van de Landelijke HuisartsenVereniging (LHV) [het bericht](#) dat zij nog steeds in gesprek is met VZVZ over de aansprakelijkheid bij uitval of disfunctioneren van het Landelijk SchakelPunt(LSP). Op 11 juni schreef ik al een artikel over de wat schimmige berichtgeving betreffende dit onderwerp.

De Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) heeft in 2013 de Algemene Voorwaarden bij de gebruiksovereenkomst met het Servicecentrum-VZVZ zo opgesteld, dat de er een minuscule aansprakelijkheid door VZVZ aanvaard wordt bij uitval of disfunctioneren van het LSP. Na heronderhandelingen door het nieuwe bestuur van de LHV verscheen op 10 juni kortdurend een bericht op de website van de LHV dat de onderhandelingen nauwelijks iets opgeleverd hadden en dat men het hoofd in de schoot legde. De aansprakelijkheid verzekeren was voor VZVZ veel te duur blijkens dat bericht. Ook werden per email de LHV-leden ingelicht.

In gesprek

Het bericht dat LHV -bestuur en VZVZ toch nog met elkaar in gesprek met elkaar zijn is wat curieus in het licht van eerdere berichtgeving door de LHV. Het kan zijn dat VZVZ de negatieve publiciteit over de niet geslaagde onderhandelingen als riskant beoordeelt en toch bijdraait. Op 10 juni was VZVZ alleen bereid een addendum aan de Algemene Voorwaarden toe te voegen. Dit addendum is niet door LHV of VZVZ gepubliceerd. Dat is op zich ook weer apart, omdat aangesloten individuele deelnemers aan het LSP de echte contractpartners zijn die tekenden. Het kan voor VZVZ riskant zijn omdat individuele deelnemers bij het zich realiseren van de beperkte aansprakelijkheid en de blijvende opstelling van VZVZ daarover wel eens de overeenkomst zouden kunnen opzeggen.

Waarom?

Het blijft een vraag waarom de LHV de berichtgeving over dit onderwerp zo vreemd heeft laten verlopen. Het publiceren van het mislopen van gesprekken en vervolgens dezelfde dag het bericht verwijderen is beslist geen sterke actie. Vaste bezoekers van de website valt het toch wel op dat een negatief bericht opeens verwijderd is. Mogelijk heeft de LHV door het eenzijdig publiceren van de afloop van gesprekken met VZVZ gepoogd publicitair druk op de ketel te zetten, maar teruggefloten is door VZVZ.

Wat gaan de gesprekken opleveren? We zullen het gaan zien. Het is te hopen dat berichtgeving daarover helderder is.

W.J. Jongejan

**LHV geheimzinnig en
defaitistisch over onmin met
VZVZ**



Dit artikel verscheen ook op vrijdag 12 juni op www.huisartsvandaag.nl

De Landelijke Huisarts vereniging(LHV) heeft de laatste maanden duidelijk onmin gehad met de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) over de gebruiksvoorwaarden voor het Landelijk SchakelPunt(LSP). Deze voorwaarden dateren uit 2013 en zijn te vinden [op de website van VZVZ](#). Op 10 juni 2015 was op het openbare deel van de website van de LHV een bericht te lezen, dat ook in een verkorte versie per email naar de leden is verstuurd. Daags er na is het artikel verdwenen van het openbare deel en slechts in het voor leden afgeschermd deel te vinden.

Onmin

Waar gaat het over? Bij het aangaan van een contract voor berichtenverkeer via het LSP tekenden deelnemende huisartsen diverse overeenkomsten. Eén daarvan is de Algemene Voorwaarden behorende bij de Gebruiksovereenkomst met het Servicecentrum -VZVZ. Daar in is onder andere de aansprakelijkheid geregeld die VZVZ uiterst beperkt aanvaard en voor een groot deel van zich weg schuift. Op dit contract heb ik via [een artikel op 15 maart 2013](#) op www.huisartsvandaag.nl commentaar op deze afschuifpraktijk geleverd.

Waarom nu?

Hoewel de gewraakte overeenkomst al van 2013 dateert, is er duidelijk recent over onderhandeld geweest. De enige reden die daarvoor te bedenken is, ligt in het aantreden van een nieuw bestuur van de LHV in 2014. Onder de vorige voorzitter Steven van Eijk en bestuurslid Paul Habets werd een koers gevaren waarbij vrijwel elk conflict met overheden en instanties gemeden werd. Onder de nieuwe voorzitter Ella Kalsbeek en bestuurslid Carin Littooi is een andere wind gaan waaien en is men veel kritischer geworden omdat met het voorgaande

beleid veel ingeleverd was..

Wat is het probleem?

Hierbij herhaal ik de passage die ik in 2013 schreef over dit onderwerp.

“De voorwaarden beslaan maar twee kantjes maar staan vol met verrassingen. In artikel 3 sluit het Servicecentrum de aansprakelijkheid voor indirecte schade, gevolgschade, gemiste besparingen, etc. uit tenzij er sprake is van opzet of grove schuld van haar kant. Op voorhand stelt zij dat de financiële aansprakelijkheid hoe dan ook beperkt is tot het laagste van twee volgende mogelijkheden, namelijk: € 10.000 of 50% van de totale door de gebruiker verschuldigde vergoeding over 1 kalenderjaar, als bedoeld in artikel 5.1 van de gebruiksovereenkomst.

Echter in dat artikel staat, dat de zorgverzekeraars het Servicecentrum betalen en niet de gebruiker. Dat is dus een vreemde interne inconsistentie in deze stukken. Los daarvan is het op deze wijze tevoren beperken tot maximaal € 10.000 euro wel heel erg vreemd. Bij dit soort infrastructuur kan nu nog niet overzien worden hoe groot directe of indirecte schade kan zijn. Het is allicht meer dan tien duizend euro.

In artikel 4.1 staat dat het Servicecentrum niet gehouden is tot nakoming van enige verplichting indien het daartoe verhinderd is door overmacht. Daaronder wordt verstaan: het niet naar behoren functioneren van de telecommunicatie-infrastructuur, certificaten, UZI-pas en readers etc., kortom bij alles wat in de LSP-keten zit.

Hier maakt men zich wel heel erg makkelijk af van de verplichting tot leveren van diensten. Immers, een goed systeem voor continue zorgcommunicatie moet zorgen voor voldoende redundancy om een vlekkeloos gebruik te garanderen. Meteen de gebruikers laten tekenen voor een disclaimer bij falen is stuitend.

Heel bont

In art. 6.3 wordt duidelijk gemaakt dat door het Servicecentrum verstrekte informatie, niet uitsluitend inzake het gebruik van de infrastructuur van het LSP, als bedrijfsvertrouwelijk wordt beschouwd. U mag er alleen met voorafgaande schriftelijke toestemming van VZVZ met derden over communiceren. Dat maakt het open discussiëren door gebruikers over het Servicecentrum als er problemen zijn wel erg ingewikkeld. Problemen worden op deze wijze wel heel erg makkelijk onder de pet gehouden.

In artikel 6.4 staat tevens dat de verplichtingen uit hoofde van de overeenkomst ook gelden voor individuele zorgverleners die bij de praktijkhouder aangesloten zijn. ”

Email

De e-mail, die de leden van de LHV gisteren kregen, luidde als volgt:

“De LHV is geruime tijd in gesprek geweest met VZVZ over de gebruiksovereenkomst die huisartsen tekenen wanneer zij zich aansluiten op het LSP. We hebben de nodige bezwaren tegen de aansprakelijkheid in deze gebruiksovereenkomst. Die wordt teveel bij de individuele huisarts neergelegd als het LSP niet functioneert. VZVZ heeft enkele aanpassingen in de overeenkomst doorgevoerd, maar onze belangrijkste bezwaren zijn niet weggenomen.”

Website

Op de website stond een wat uitgebreidere tekst. Daar was ook vermeld dat de gesprekken van het LHV-bestuur met VZVZ niet tot het gewenste resultaat geleid heeft. De overeenkomst is niet aangepast, maar er wordt melding gemaakt van een addendum dat VZVZ toevoegde. De tekst van dat addendum is op de website van de LHV en van VZVZ niet te vinden, dus blijkbaar geheim.

Dat is nogal vreemd omdat **individuele huisartsen, niet allemaal lid van de LHV zijnde**, de contracten tekenden en dus direct belanghebbend zijn om de tekst van dat addendum te vernemen. De LHV zit op dit moment als vereniging alleen nog in de koepeladviesraad van VZVZ.

Ze schreef dat het belangrijkste argument van VZVZ was dat het verzekeren van de aansprakelijkheid zo duur was dat men er daarom niet aan kon beginnen. Men realiseert zich bij VZVZ de eigen aansprakelijkheid dus wel, maar veegt die grotendeels van de tafel om financiële redenen.

De LHV schreef dat ze geen juridische mogelijkheden heeft om zich tegen het eenzijdig afschuiven van de aansprakelijkheid te blijven verzetten en legt daarmee het hoofd in de schoot.

Vragen

Het getuigt niet van doorzettingsvermogen van een beroepsvereniging als men zich neerlegt bij contracten waarin de aansprakelijkheid bij falen niet adequaat geregeld is. Het is maar helemaal de vraag of een soort semi-nuts-voorziening als VZVZ de aansprakelijkheid per contract überhaupt zo mag regelen. Een energiegebruiker heeft bij zijn nutsbedrijf meer rechten dan degene die de Algemene Voorwaarden bij VZVZ tekent. Het wonderlijke is dat niet zozeer de aansprakelijkheid als wel de hoogte van de verzekeringskosten door VZVZ gezien wordt als grote belemmering om de contracten aan te passen.

Het is ook de vraag waarom de LHV haar leden niet vraagt "met de voeten te gaan stemmen", d.w.z. de contracten opzeggen. Mogelijk is men bang daarmee weer de Autoriteit Consument en Markt voor het hoofd te stoten en een boete te riskeren omdat op financieel terrein een blok gevormd wordt.

Raadselachtig is waarom de mededeling van de LHV een dag op het openbare deel van de site stond en daarna naar het besloten deel verdween. Misschien heeft VZVZ ze teruggefloten.

Resteert de vraag waarom alle deelnemende huisartsen en apothekers getekend hebben.

Ik vermoed dat ze de contracten slecht of niet gelezen hebben en zich min of meer gedwongen voelden te tekenen, gezien de druk om aan te sluiten op het LSP.

W.J. Jongejan, huisarts n.p.