

Onnavolgbaar contractueel gedraai VGZ rond ROM-aanlever-verplichting



Op 3 september 2018 [besprak ik op deze website](#) de contractuele verplichting in het contract van zorgverzekeraar VGZ voor vrijgevestigde zorgaanbieders in de GGZ om ROM-data aan te leveren. Mede naar aanleiding van deze berichtgeving [kwam VGZ op 4 september met een persbericht](#) en een [reactie op Twitter](#) waarin het lijkt of men een draai van 180 graden maakt. De formulering van dit bericht is zeer vreemd. Die verwijst naar een aanvullende bepaling in het contract die verwijst naar 'vigerende wet- en regelgeving', maar die niet meegestuurd is naar de zorgaanbieders. [Het online magazine SKIPR](#) maakt het daarna nog aparter door te stellen dat VGZ per ongeluk in de contracten voor vrijgevestigde ggz-aanbieders voor 2019 de verplichting opgenomen had om ROM-data van patiënten aan te leveren. Het lijkt er nu op dat VGZ niet het contract herziet, maar alleen een addendum met de verwijzing naar 'vigerende en wet- en regelgeving' alsnog via de website van VECOZO aan de desbetreffende zorgaanbieders ter beschikking gaat stellen.

Gedraai

[In artikel 5 van het contract](#) dat vrijgevestigde zorgaanbieders in de GGZ van VGZ aangeboden kregen staat klip en klaar(art. 5 lid 6) de verplichting ROM-data aan de Stichting Benchmark GGZ(SBG) aan te leveren. Na reuring door

publiciteit over de verplichting in dit contract komt VGZ met genoemde draai in haar persbericht. Daarin zegt VGZ dat ze in afwachting van de landelijke discussie over ROM en privacy toch geen actief verzoek doen aan vrijgevestigde zorgaanbieders in de GGZ. Ze zegt geen consequenties te verbinden aan het niet-aanleveren zolang er geen landelijke afspraken overgemaakt zijn. De zorgaanbieder had hiernaar moeten raden want de clausule die niet meegestuurd was rept alleen over 'vigerende wet- en regelgeving. **Maar waar doelt VGZ hier eigenlijk op?**

Autoriteit Persoonsgegevens

ROM-data dienen vooralsnog als bijzondere persoonsgegevens beschouwd te worden die ondanks pseudonimisatie toch als indirect herleidbaar dienen te worden beschouwd. Ondanks anderhalf jaar denkwerk na het stellen van ruim veertig vragen aan de ROM-data verwerkende instantie SBG heeft de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) daar geen uitspraak over gedaan. Bij bijzondere persoonsgegevens is "informed consent" van de patiënt een vereiste, maar dat wordt door een aantal zorginstellingen niet nageleefd. GGZ Nederland heeft als werkgeversorganisatie in de GGZ met een aantal andere stakeholders daar de juridische rammelende en aanvechtbare constructie van de "veronderstelde toestemming" voor bedacht. Zolang de AP geen uitspraak heeft gedaan blijft er officieel onduidelijkheid.

Geïstitutionaliseerde GGZ

Bij de zorgverleners die werkzaam zijn in de grote GGZ-instellingen ligt het probleem gecompliceerder. Daar heeft [GGZ Nederland een Model Privacyreglement](#) voor gemaakt waarin de bestuurders van zorginstellingen tot verwerkingsverantwoordelijke gemaakt worden die beslissen tot aanlevering en de zorgverlener buiten spel wordt gezet.

Slimmigheidje?

De verplichting in het contract zetten en toe te zeggen dat die verplichting hangende de landelijke discussie over ROM-data toch niet gehandhaafd wordt, lijkt op een “slimmigheidje” van VGZ. Zij kan als eind 2019 of later de AP een uitspraak doet over de indirecte herleidbaarheid van gepseudonimiseerde ROM-data en de verwerking door SBG [alsnog met terugwerkende kracht tot begin 2019 die data opeisen](#) bij de zorgaanbieder. Zolang de bepalingen van het contract niet zijn aangepast en VGZ op basis van een niet meegestuurde clause nu een uitweg bedenkt is het aanleveren met terugwerkende kracht mogelijk.

Downplaying

Het is aardig om de berichtgeving van en namens VGZ nauwkeurig te volgen. Op de website SKIPR heette op 5 september het artikel nog “VGZ verplicht zorgaanbieders per abuis om ROM-gegevens te leveren”(zie link in eerste alinea). Nu komt deze link uit op een licht aangepast artikel met als kop “VGZ maakt foutje in contract voor vrijgevestigde ggz-aanbieders”. Nu heet het in de eerste regels zo te zijn dat slechts in een klein deel van de naar zorgaanbieders gestuurde contracten de clause die rept over ‘vigerende wet- en regelgeving’ ontbrak. Dat zorgaanbieders maar moesten raden wat VGZ daarmee bedoelde staat uiteraard niet vermeld.

Uiteindelijk denk ik dat VGZ gewoon geprobeerd heeft het hierboven beschreven contract te doen tekenen en niet ingecalculeerd heeft dat er wel eens uitgebreide reuring over kon gaan ontstaan.

W.J. Jongejan, 6 september 2018

Zorgverzekeraar VGZ wil GGZ-zorgaanbieder per contract dwingen ROM-data aan SBG te leveren



Zorgverzekeraars halen vreemde capriolen uit in hun contracteerbeleid. [Voor het jaar 2019 biedt VGZ de zorgaanbieders in de generalistische basis GGZ een contract](#) aan waarin deze verplicht worden Routine Outcome Monitoring (ROM)-gegevens aan te leveren aan SBG. Deze Stichting Benchmark GGZ wordt volledig door de zorgverzekeraars betaald. Deze data zijn ondanks pseudonimisatie te beschouwen als bijzondere persoonsgegevens. De enigen die echter toestemming kunnen geven om die data naar SBG, en na 2019 de rechtsoptolger [AKWA](#), te doen zenden zijn de patiënten zelf. Die zijn het ook die samen met de zorgaanbieders ROM-lijsten invullen over het al dan niet vorderen van de therapie. Over het op grote schaal gebruik maken van ROM-data voor kwaliteitsvergelijking, benchmarking en zorginkoop bestaat al sinds begin 2017 grote beroering. In de eerste plaats gaf de [Algemene Rekenkamer](#) toen aan dat het

middel ten enenmale ongeschikt was voor de hierboven beschreven doelen en tevens bleek toen dat de ROM-data als bijzondere persoonsgegevens beschouwd dienden te worden, waardoor toestemming van de patiënt vereist was. Toen de grond heel heet onder de voeten werd introduceerde de brancheorganisatie van werkgevers in de GGZ, GGZ Nederland, met wat organisaties uit de GGZ [het juridisch rammelende en aanvechtbare begrip “veronderstelde toestemming”](#).

Contract 2019

In het “voorstel” van het contract 2019 staan onder artikel 5 de gewraakte passages. Daarbij moet men weten dat [CQi staat voor Consumer Quality index](#). Dat zijn uitkomsten van vragenlijsten, ingevuld door de patiënt over hoe deze de kwaliteit van de geleverde zorg ervaren heeft.

Artikel 5. Monitoring en effectmeting

- 1. De zorgaanbieder zal de vragenlijsten CQi voor de GGZ gebruiken voor het meten van cliëntervaringen. De vragenlijst dient minimaal één keer per jaar afgenomen te worden.*
- 2. De zorgaanbieder laat de meting uitvoeren door een geaccrediteerde meetorganisatie. Mocht de CQI in de ROM meelopen dan dient de CQI aangeleverd te worden aan het SBG (Stichting Benchmark GGZ). De geaccrediteerde meetorganisaties zijn te vinden op www.ciio.nl/register. Op de website staat per meting aangegeven aan welke aspecten de geaccrediteerde meetorganisatie moet voldoen (A, B, B-online). De meetorganisatie dient zorg te dragen dat aan alle privacy eisen is voldaan.*
- 3. De zorgaanbieder geeft hierbij de zorgverzekeraar uitdrukkelijk toestemming voor het aanleveren van de data uit de cliëntervaringsmetingen conform de aanlever-specificaties, ten behoeve van een landelijke benchmarkrapportage via Zorgprisma. Dit geldt ook wanneer voldoende meetgegevens zijn gevalideerd in een*

voor de verzekerde toegankelijke vorm, gepubliceerd conform landelijke afspraken vastgelegd in een publicatieprotocol te vinden op www.patiëntervaringsmetingen.nl.

4. *De zorgaanbieder draagt in samenwerking met de meetorganisatie er zorg voor dat de patiënt op de hoogte is dat de resultaten van de metingen uit de ROM en CQi op geaggregeerd niveau door de zorgverzekeraar gebruikt kunnen worden voor verbeterinformatie, zorginkoop-informatie en keuze-informatie.*
5. *De zorgaanbieder verstrekt op verzoek van de zorgverzekeraar de CQi data van de recente jaren 2014 t/m 2019 aan de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder stemt er mee in dat de zorgverzekeraar deze data gebruikt voor de inkoop van zorg en voor de verstrekking van informatie aan verzekerden van de zorgverzekeraar.*
6. *De zorgaanbieder zal de ROM informatie aanleveren aan een landelijke benchmarkorganisatie voor vergelijking van de eigen resultaten met de landelijke uitkomsten, zoals aangeboden wordt door bijvoorbeeld SBG, Reflectum of TelePsy. Hierbij dient de zorgaanbieder alle in- en uitgangsmetingen van de totale cliëntenpopulatie conform de voorwaarden en landelijke afspraken aan te leveren aan de benchmarkorganisatie.*
7. *De zorgaanbieder geeft op verzoek van de zorgverzekeraar toestemming om in de benchmarkomgeving van SBG (BRaM) ROMbenchmarkgegevens op locatieniveau te bekijken met het oog op overleg tussen partijen over de mate van bespreken door zorgaanbieder van de ROMuitkomsten met de cliënt, de interpretatie van de behandel-effecten, kwaliteit van de ROM-metingen en de casemix-variabelen.*

Omgekeerde wereld

Blijkbaar vertrouwt VGZ niet al te zeer op de hierboven genoemde juridisch rammelende en aanvechtbare constructie van de “veronderstelde toestemming”. Ze probeert nu GGZ-

zorgaanbieders, zoals psychologen en psychiaters probeert vast te pinnen op een contractuele verplichting tot aanlevering van ROM-data. Dat terwijl de enige die toestemming kan en mag geven de patiënt zelve is na goed voorgelicht te zijn over doel en verwerking: het “informed consent”. De contractverplichting is daarom ook als juridisch aanvechtbaar en onhoudbaar te beschouwen.

Door de mand vallen

In een poging de zaak minder brisant te maken zei GGZ Nederland bij het introduceren van de “veronderstelde toestemming” dat men vooralsnog de ROM-data wilde gebruiken voor beoordelen van **individuele therapie en kwaliteitsverbetering door onderlinge vergelijking op instellingsniveau en anderzijds op termijn – het gebruik voor keuze- en zorginkoop-informatie**. Juist in het gebruik van de woorden “vooralsnog” en “op termijn” zat echter al het handhaven van de oorspronkelijke bedoelingen van de zorgverzekeraars en SBG besloten. In de hierboven afgedrukte passage uit het contract is te zien dat daar “verbeterinformatie, zorginkoop-informatie en keuze-informatie” prominent vermeld staan. Het betekent onomwonden dat de men niet af wil van het gebruik van de ROM data voor benchmarking en zorginkoop.

TROG-contracten

Scherpslijpers kunnen altijd zeggen dat het vermelde VGZ-contract 2019 slechts een voorstel is. Het staat ook in watermerk schuin door de tekst. Het probleem is echter dat contracten van zorgverzekeraars op papier onderhandelbaar heten te zijn, maar in de praktijk een onderhandelruime van nul hebben. Het is dan slikken of stikken. Wijlen Hans Nobel, huisarts en bestuurslid van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsartsen, noemde dat altijd TROG-contracten. TROG staat voor Teken Rechts Onder Graag. Zorgverzekeraars zoeken met dit soort contracten telkenmale de grenzen van het oorbare op en gaan eroverheen.

Helaas zijn er een aantal grote GGZ-instellingen die met alle winden meebuigen en hun hoofd laten hangen naar de zorgverzekeraars.

W.J. Jongejan, 3 september 2018.

Blockchain-hype (ook in de zorg): een religie



Door de Bitcoin, die als cryptocurrency grote pieken EN dalen kent, hebben we massaal kunnen kennismaken met de blockchaintechnologie. Blockchain lijkt de belofte voor de toekomst om gegevens decentraal vast te leggen. Niet alleen in de financiële wereld, in de politiek, maar ook in de zorg zijn talloze adepten van de blockchaintechnologie te vinden. Dit voorjaar startte [een experiment met blockchaintechnologie](#) in de kraamzorg onder auspiciën van het [Zorginstituut Nederland \(ZiN\)](#) en de zorgverzekeraar [VGZ](#). Het resultaat is op **14 juni 2018 bekend gemaakt**. De bedoeling van de proef was een duurzaam informatiestelsel te ontwikkelen met minder administratieve lasten voor alle partijen en meer zelfregie voor de burger. Voor die pilot gebruikte men de

blockchaintoepassing [“Mijn Zorg-log”](#) van het bedrijf [Ledger Leopard](#). De berichtgeving van het ZiN aan het einde van de pilot ademt één en al positiviteit. Maar als je tussen de regels door leest en wat kritische regels samenvoegt dan blijkt het geenszins een gelopen race te zijn voor deze technologie. Toch lijkt men bij ZiN de moed erin te houden. Blockchain in de zorg krijgt zodoende het karakter van een religie, waarin je moet gaan geloven.

Permissioned blockchain

Met de blockchain-systematiek is het mogelijk gegevens vast te leggen. [Het bijzondere eraan is](#), dat dit mogelijk is zonder centrale autoriteit waardoor het vervalsen/ongewenst veranderen van de vastgelegde gegevens niet mogelijk door één centraal punt te corrumperen. Het lijkt ideaal voor decentrale toepassingen, maar zo decentraal blijkt toch het niet altijd te zijn. In een zeer duidelijk [rapport van dr. Jaap-Henk Hoepman](#) van het Privacy & Identity Lab(Radboud Universiteit Nijmegen) over het gebruik van blockchain-technologie in het verkiezingsproces, staat daar het één en ander over vermeld. Hij legt dat o.a. uit voor het type blockchain-technologie, dat in de kraamzorgpilot werd gebruikt: de permissioned blockchain. Hij stelt in hoofdstuk 3.4 dat die technologie in hoge mate gecentraliseerd is, dus sturing vanuit een centrale plaats gebeurt. En voor de duidelijkheid: blockchaintechnologie [kan ook gehackt worden](#).

Kraamzorgpilot

Het experiment van VGZ en ZiN zou bij vijftig kraamgezinnen plaatsvinden. Uiteindelijk zijn dat er toch maar dertig geworden. De bedoeling was om tot één actuele gedeelde waarheid te komen over geïndiceerde, geleverde en resterende kraamzorguren voor verzekerden, kraamverzorgenden, kraamzorgaanbieders en zorgverzekeraar te komen. Kortom een urenregistratie-systeem. Naast de positieve opmerkingen over het vlotte werken ermee, lees ik toch ook andere zaken in

hetzelfde bericht.

- “De geïdentificeerde korte termijn verbeteringen voor de kraamzorg zijn mogelijkterwijs ook deels met andere technieken dan enkel met blockchain te behalen. Hoe dit uitpakt bij schaalvergroting op lange termijn vergt verder onderzoek.” Blijkbaar ziet men toch andere oplossingsrichtingen dan de blockchain
- “Om de toegevoegde waarde van blockchain ten volle te benutten moet nog wel een aantal vraagstukken, onder andere op het gebied van privacy, governance en digitale identiteit worden beantwoord.” 0, is dat dan niet tevoren bekeken en geregeld
- “De wijze waarop de governance van blockchainoplossingen ingeregeld kan worden bij ketenverbreding en domeinoverstijging vergt vervolgonderzoek.”
- “Daarbij is het van belang om te kijken wat nodig is om het publiek belang en het belang van de burger voorop te plaatsen”
- Nergens staat welke kosten er met het hele project gemoeid zijn geweest.

Kernpunten

Ondanks [een juridische certificering](#) van Mijn Zorg-log door [landsadvocaat Pels Rijcken & Droogleever Fortuin](#) blijken er toch nog vraagstukken rond privacy, governance en digitale identiteit. Dat zijn juist kernpunten die bij het gebruik van dit soort technologie **VOORAF VOLLEDIG** geregeld dienen te zijn. Het na een proef nog moeten bekijken van dit soort kernpunten is een omineus teken voor het verder gebruik van blockchain in de zorg. Ook de hierboven door genoteerde opmerking over de afweging van belangen baart mij zorgen. Het lijkt erop dat er blijkbaar bij het gebruik van de technologie een afweging van het publieke belang en dat van de burger dient plaats te vinden. Blijkbaar is één en ander niet te regelen met alleen het belang van de burger voorop.

Religie

Bij het lezen van meerdere artikelen op het internet over toepassing van blockchaintechnologie valt op dat er een zeer grote schare “gelovigen” is. Over het nu van de blockchain-technologie worden op het internet soms verhitte discussie gevoerd. Er zijn verklaarde voorstanders, maar ook [zich duidelijk](#) uitsprekende [tegenstanders](#). Voor wat betreft de gezondheidszorg in Nederland gaat het om een grote schare van gelovigen, aangevoerd door directeur generaal van het ministerie van VWS, Erik Gerritsen. [De hamvraag](#) bij het willen introduceren van de blockchaintechnologie is niet direct of het werkt, maar of het beter werkt dan enige andere technologie die nu op de markt is en/of gebruikt wordt. Dat is precies wat in de evaluatie van de kraamzorgpilot ook geschreven is.

Solution in search of a problem

Het lijkt erop dat blockchain een oplossing is op zoek naar een probleem. Dat kennen we in de geneeskunde ook. Eind jaren vijftig van de vorige eeuw werd de door de mens geproduceerde stof interferon ontdekt. Het is altijd gebracht als een veelbelovend middel, maar is vooral veelbelovend gebleven. Het wordt tegenwoordig maar voor een zeer beperkt aantal aandoeningen gebruikt, zoals een vorm van multiple sclerose. Het is “a drug in search of a disease”

En tenslotte, ter geruststelling: Jaap-Henk Hoepman constateerde in zijn rapport over de mogelijke inzet van blockchaintechnologie voor verkiezingen, dat dit middel totaal ongeschikt is voor dat doel.

W.J. Jongejan, 21 juni 2018

LSP-verplichting sluipt weer contracten van zorgverzekeraars met huisartsen in



Het Landelijk SchakelPunt(LSP), bedoeld voor het uitwisselen van medische informatie via een centraal computersysteem, lijdt ondanks het halve miljard euro dat er tot nu toe ingestoken is een kwakkelend bestaan. Het enige wat een beetje redelijk werkt zijn de medicatieoverzichten die opgevraagd kunnen worden, maar waarvan de betrouwbaarheid zonder mondelinge toelichting van de patiënten niet groot is. Huisartsgegevens kunnen maar beperkt opgevraagd worden omdat slechts één derde van de Nederlanders daar tot heden toestemming voor gaf. Los daarvan zijn er nog steeds acht procent van de huisartsen en vijf procent van de apothekers niet aangesloten op het LSP. Dat is de zorgverzekeraars die jaarlijks minstens achttien miljoen euro in het LSP stoppen een doorn in het oog. Al in 2011 probeerden de zorgverzekeraars een contractuele verplichting tot deelname aan het LSP in de zorgcontracten met huisartsen te stoppen.

Onder dreiging van een kort geding door de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPHuisartsen) ging dat toen niet door. [Eind 2015 probeerden zorgverzekeraars](#) in de [Overeenkomst Vrijgevestigd Huisarts 2016-2018](#) het opnieuw. Nu is er eind 2017 weer een herhaling van zetten. In ieder geval staan in de contracten van zorgverzekeraars VGZ en De Friesland verplichtingsbepalingen. Als het heel goed zou gaan met het LSP zouden verplichtingsbepalingen niet nodig zijn!

Niet afdwingbaar

Het aansluiten op en gebruik maken van het LSP door zorgaanbieders mag niet afgedwongen worden door zorgverzekeraars. Dat is het gevolg van de motie, die door de Tweede Kamerleden [Attje Kuiken en Linda Voortman op 22 december 2011 ingediend](#) en daarna aangenomen werd. Alle pogingen tot nu toe door de zorgverzekeraars om zorgverleners per contract tot een verplichte deelname aan het LSP en de verplichting om opt-in-toestemmingen van patiënten te verkrijgen zijn dus wederrechtelijk.

De Friesland

[In de overeenkomst die zorgverzekeraar De Friesland](#) aan de apotheekhoudende huisartsen aanbiedt staat de volgende bepaling in de rubriek Verklaringen:

“Verklaart U als zorgaanbieder dat aan de navolgende eisen voor een overeenkomst wordt voldaan.....”

- 5. De zorgaanbieder is voor de apotheek/ieder van de apotheken aangesloten op het LSP”*

Het aangesloten zijn op het LSP is dus een contractuele verplichting geworden. In de tekst van het contract staat verder dat deze passage opgenomen is in het kader van landelijke uniforme afspraken, hetgeen absoluut niet het geval is.

VGZ

In de overeenkomst vrijgevestigd huisarts 2018-2020 van [zorgverzekeraar VGZ](#) staat een nogal creatieve formulering.

“VGZ stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten via de vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ). (Noot WJJ: VZVZ is beheerder van het LSP) De zorgaanbieder spant zich in om deze informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen en om zijn patiënten toestemming te vragen om zijn gegevens beschikbaar te stellen via bijvoorbeeld het LSP. Deze zogenoemde opt-in-regeling komt voort uit wetgeving ter bescherming van de privacy van de patiënt. De Landelijke HuisartsenVereniging(LHV) is één van de oprichters van de VZVZ. Zij hebben zich gecommitteerd aan de landelijke doelstelling. “

Wat we hier zien is een inspanningsverplichting die men contractueel probeert vast te doen leggen. Het is zeer opvallend dat in de eerste zin pregnant alleen de VZVZ wordt genoemd als beheerder van uitsluitend het LSP , en daarna in de tweede zin opeens de elektronische uitwisseling van medische data opeens breder wordt getrokken waarbij het LSP zogenaamd één van de opties is. Daardoor lijkt het alsof er bedoeld wordt op meerdere uitwisselsystemen. Het is een poging om inspanningsverplichting opeens breder te trekken dan in de eerste zin bedoeld is. De LHV mag zich dan wel gecommitteerd hebben aan de landelijke doelstelling van het LSP, maar dat houdt geenszins in dat de LHV op welke manier dan ook sturend optreedt in het doen aansluiten van individuele huisartsen op het LSP of bij het vragen van opt-in-toestemmingen aan patiënten. De LHV houdt de motie Kuiken/Voortman goed in het achterhoofd.

Het roer moet om

Met het opnieuw invoegen van een contractuele verplichting houden de zorgverzekeraars zich ook niet aan afspraken die gemaakt zijn in het kader van Het ROER MOET OM(HRMO). In dat kader zijn afspraken gemaakt over de uniformering van contracten. Veel werk is er door zorgaanbieders binnen de HRMO-beweging gestopt in dit soort uniformeringsafspraken. Door net te doen door VGZ alsof de nu in het contract gebezigde formulering een afspiegeling is van afspraak tussen Zorgverzekeraars Nederland en HRMO frustreert VGZ alle inspanningen in HRMO-verband. [VPHuisartsen liet duidelijk weten](#) de acties van de zorgverzekeraars af te wijzen. De LHV laat zich er in de media niet over uit, maar naar individuele leden toe lijkt de directie zich niet al te druk te maken en het een keer in overleg met Zorgverzekeraars Nederland in te brengen. Mijns inziens een verkeerd signaal omdat nu al contracten met de gewraakte passages ondertekening van huisartsen behoeven.

Boerenslimheid

In een Tweetreeks over dit onderwerp mengde zich Jaap de Bruin, bestuursadviseur van VGZ en stakeholdermanager aldaar. Die stelde dat de uniforme bepalingen die met HRMO waren afgesproken onverkort waren opgenomen, maar dat aanvullingen niet uitgesloten waren. Op die manier is elk overleg met zorgverzekeraars totaal zinloos omdat dan altijd overal aanvullingen bij bepalingen kunnen worden geplaatst. Het is een vorm van boerenslimheid, want dit soort acties maken de zorgverzekeraars tot een volkomen onbetrouwbare contractpartij.

TROG

Aangezien er geen individuele mogelijkheden zijn om over de contracten te overleggen en eigenlijk alleen maar wel of niet getekend kunnen worden, verdienen de overeenkomsten van zorgverzekeraars met huisartsen de naam TROG-contact. Wijlen Hans Nobel, huisarts en bestuurslid van VPHuisartsen, noemde

die zo. TROG staat voor : Teken Rechts Onder Graag. Het is uitermate belangrijk om nu een duidelijk geluid te laten horen tegen de pogingen van zorgverzekeraars om weer een contractuele verplichting rond het LSP in de contracten op te doen nemen, zodat die passages uit de contracten worden gehaald.

[VPHuisartsen heeft bij De Friesland en VGZ geprotesteerd](#), waarna De Friesland met een aanvullende verklaring kwam, waarin toegegeven wordt dat er ten onrechte gerefereerd wordt aan landelijke afspraken(in het kader van HRMO. De Friesland spreekt nu in een addendum bij het contract van een aanmoediging om mee te doen met het LSP en geen verplichting en zegt niet te gaan controleren op het al dan niet inspannen voor het LSP. In mijn optiek is de enige juiste weg het aanbieden van een nieuw contract zonder de vermelding van het LSP in enige bepaling. Zorgverzekeraar VGZ heeft trouwens nog niet gereageerd.

W.J. Jongejan

Krokodillentranen over zorgmijding door hoog eigen risico



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

Kenden we deze toch wel schokkende informatie nog niet? Heeft iedereen tot nu toe zitten slapen? Niets is minder waar. Vanaf de werkvloer zijn er al heel lang signalen dat door het hoge eigen risico burgers wel degelijk zorg mijden. In de Tweede Kamer hebben oppositiepartijen dit al veel langer aangekaart. Sussende woorden waren telkens de reactie van de minister van VWS, daarbij ondersteund door dubieus onderzoek van NIVEL, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Dat verscheen op 28 oktober 2015 onder de naam [Inzicht in zorgmijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken.](#)

NIVEL

Dit instituut kwam toen tot de conclusie dat de forse verhoging van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering in 2013 niet één-op-één geleid heeft tot meer mensen, die afzien van zorg. Het was een conclusie die echter niet zo op papier gezet had mogen worden, omdat de publicatie duidelijk vermeldt dat bepaalde groepen kwetsbare mensen in het consumentenpanel gezondheidszorg van NIVEL ontbraken. Men vermeldde dan ook in de publicatie dat dit betekende dat het gevonden percentage zorgmijders een onderschatting kon zijn. Het behoeft geen betoog dat de sussende taal in de

eindconclusie door het ondervertegenwoordigd zijn van kwetsbare groepen niet gebruikt had mogen worden. Het was en is een rapport dat het NIVEL onwaardig is. Dat toch een eindconclusie op papier gezet werd, zal te maken gehad hebben met de opdrachtgever en subsidieverstrekker voor dit onderzoek: het ministerie van VWS. [Ik schreef er op 30 oktober 2015 op deze website al over.](#)

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

Krokodillentranen

Luid is nu het geween en tandengeknars over iets wat al veel langer bekend was, maar door politieke sturing en public-relations-bemoeienis kunstmatig onder de pet gehouden werd. Het zijn krokodillentranen. Het griezelige is dat een dergelijk beleid van de overheid de burgers en de werkers in de zorg steeds verder van haar vervreemdt. Dezen voelen zich, bij iets wat zij dagelijks ervaren, niet serieus genomen door een overheid die de onwelgevallige informatie bewust niet wil horen. De overheid creëert op deze manier juist ontevreden burgers. Het wordt ook tijd dat organisaties die betrokken worden bij onderzoek over overheidsbeleid, zoals NIVEL, hun eigen verantwoordelijkheid nemen en niet koste wat kost een de opdrachtgever welgevallig rapport produceren. Het voldoende kritisch blijven richting opdrachtgever maakt dat je op de lange duur serieuzer genomen zal worden.

W.J. Jongejan

WeMove-programma loste belofte niet in



Op 31 maart aanstaande zal in Dordrecht tijdens een zo genoemde "milestone meeting" het programma WeMove worden afgesloten. WeMove staat voor: Waardenland elektronisch Medicatieoverzicht voor elk. Ik berichtte hier eerder op 12 september 2015 en 21 september 2015 op deze website. Doel van het programma, dat van 2013 tot nu liep, was de beschikbaarheid van een actueel en kwalitatief goed medicatieoverzicht bij elk contact van een zorgaanbieder met een patiënt met gebruikmaken van het Landelijk SchakelPunt(LSP). Daarnaast beoogde men ook zoveel mogelijk zorgaanbieders uit de andere sectoren (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg(VVT), gehandicaptenzorg, GGZ, revalidatiezorg) met dit medium te laten participeren in de elektronische medicatieoverdracht. In de aankondiging van de slotbijeenkomst wordt gesproken van de goede start die gemaakt is met het gebruik van het LSP. De resultaten, die behaald zijn tijdens het WeMove-programma zijn op de keper beschouwd zeer mager. Bij nadere beschouwing van het Proof of Concept(PoC)-verslag over het gebruik van het LSP in de GGZ en VVT en een presentatie op de recente NEDHIS&EZD-congres op 23 maart in

Vianen blijkt het bereikte resultaat nogal tegen te vallen.

Medicatieveiligheid in de regio

Onder die titel hielden programmaleider Leo van Jetten en apothekersvertegenwoordiger uit de regio Dordrecht/Gorinchem Ton de Lange een presentatie op het NEDHIS&EZD-congres. In deze opvallend matte presentatie bleek vrij snel dat de kwaliteit van het medicatieoverzicht en dus de mate van betrouwbaarheid, als je alleen maar keek naar het onderlinge data-uitwisseling via het LSP tussen huisartsen, apothekers en ziekenhuizen sterk wisselde en daardoor vaak tegenviel. Ton de Lange schatte de betrouwbaarheid van het medicatieoverzicht, gezien vanuit de apothekers, op rond de 80, misschien 90 % als de burger tenminste bij elke zorgaanbieder/apotheek een opt-in-toestemming verstrekt had. Voor dit percentage was mondelinge verificatie door de apotheker bij de patiënt ook nog nodig. Zodra er echter sprake was van een ziekenhuisopname, waarbij de medicatie vrijwel altijd wijzigt, liep de betrouwbaarheid terug tot naar schatting 20%. De reden daarvoor is dat via het LSP door de specialist in het ziekenhuis alleen een medicatieoverzicht aangevraagd kan worden via het LSP. Data van prescripties in het ziekenhuis kunnen niet terug geleverd worden via het LSP. Daardoor kan het medicatieoverzicht totaal veranderd zijn zonder dat zulks via het LSP bij huisartsen en apothekers bekend wordt. Aan de patiënt moet dan op de "ouderwetse" manier weer gevraagd worden wat die na de opname aan medicatie in bezit heeft en wat hij/zij geacht wordt te gebruiken. De basale manier dus, waarop het zonder LSP ook altijd ging. [Op het schema op sheet vier van de presentatie WeMove-medicatieveiligheid](#) is aan de rode en gele lijnen te zien welke cruciale verbindingen er in de communicatie ontbreken.

PoC-verslag GGZ en VVT-communicatie

[Op het internet is het Proof of Concept verslag te vinden](#) over de pogingen medicatieoverzichten te genereren via het LSP voor

de organisaties uit de geestelijke gezondheidszorg(GGZ) en de VVT. Het verscheen 31 januari 2016. Manmoedig wordt gepoogd een positief beeld te schetsen, maar bij lezing van het verslag valt op hoe vaak het niet, gedeeltelijk, traag of soms wel werkte. Het wordt direct duidelijk dat het voor wat betreft de thuiszorg geen geslaagde exercitie was. Dat was ook te voorspellen, omdat de toedienaars van de medicatie bij de patiënt thuis geen directe toegang hebben of zullen krijgen met een UZI-pas.

In de GGZ en de verplegings- en verzorgingshuizen is er niet sprake van een erg geslaagd opvraagproces. Het blijkt onmogelijk blind te varen op de gegevens die bij een positieve inlog verkregen werden. Traagheid van het opvraagproces maakte in de GGZ dat daar vooral gebruikt werd gemaakt van “prefetching”. Aan de hand van de agenda voor de komende werkdag werd uren voor het verschijnen van de patiënten het LSP bevraagd om op tijd een medicatieoverzicht te krijgen. Het tijdens het consult opvragen duurde met op zijn kortst drie minuten toch wel aan de lange kant. De gebruikte applicatie “bevroor” vaak bij inloggen met de UZI-pas. Ook konden de GGZ-psychiaters geen medicatiebericht terug sturen waardoor hetzelfde probleem ten aanzien van de volledigheid van medicatieoverzichten ontstaat als wat in de vorige alinea beschreven is met de ziekenhuizen. Overigens deden maar twee van de zeven psychiaters mee.

Bij het lezen van de ervaringen van de specialisten ouderen zorg in de verpleeg- en verzorgingshuizen klinkt een iets positiever geluid, maar als eerste conclusie wordt wel duidelijk gesteld dat het huidige LSP-gebruik de gebruikelijke manier van het opmaken van medicatieoverzichten niet vervangt.

Mandatering

Wat bij kritische lezing opvalt dat er ondanks duidelijk regelgeving over het gebruik van UZI-passen en mandatering van andere werkers gesuggereerd wordt de grenzen van de

mandatering tot het onbetamelijke op te rekken. Op pagina 9 staat in het verslag:

Er zijn geen artsen werkzaam in de thuiszorg, waardoor niemand de verpleegkundigen kan mandateren. Eventueel kan aan de huisarts gevraagd worden te mandateren voor zijn/haar cliënten, maar daar is dan vaak een groot aantal huisartsen bij betrokken. In een thuiszorgorganisatie die onderdeel is van een grotere VVT-instelling kan eventueel een specialist ouderenzorg de mandatering doen, maar het betreft niet zijn patiënten, dus dat is eigenlijk niet geoorloofd.

Door ongeoorloofde mandatering, die hier gesuggereerd wordt hebben bij uitrol over heel Nederland van dit soort programma's te veel mensen op ongeoorloofde wijze toegang tot het LSP-systeem.

Conclusie

Volledige lezing van het Proof of Concept verslag kan ik iedere kritische volger van het LSP aanbevelen. Dat er dingen soms niet goed lopen bij een veldtest is voor te stellen. Het ongebreidelde optimisme ondanks serieuze onvolkomenheden in via het LSP verkregen medicatieoverzichten valt helaas ook weer te plaatsen in de rubriek mooipraat en juichtaal.

De grootste manco's liggen in de slechte interoperabiliteit van deelnemende ICT-systemen en het beperkte aantal opt-in-toestemmingen.

Als het echt goed zou gaan zouden de financiers van WeMove, zorgverzekeraar VGZ en het bij zorgverzekeraar CZ horende CZ-fonds, ongetwijfeld de financiering van het WeMove-programma verlengd hebben. De doelstelling die in de naam van het WeMove-programma besloten ligt is bij lange na niet gehaald.

W.J. Jongejan

Dwang richting LSP toch weer in contracten huisartsenzorg 2016



Het aansluiten op en gebruik maken van het Landelijk SchakelPunt(LSP) door zorgaanbieders mag niet afgedwongen worden door zorgverzekeraars. Dat is het gevolg van de motie, die door de Tweede Kamerleden [Attje Kuiken en Linda Voortman op 22 december 2011 ingediend](#) en daarna aangenomen werd. Dat de zorgverzekeraars zich daar niet aan hielden, bleek al vrij snel bij de contracten voor huisartsenzorg in 2012. Toen werd een inspanningsverplichting opgenomen in de modelcontacten voor 2013. Onder dreiging van een kort geding slikten de zorgverzekeraars de passage weer in. Nadien heeft zich dat nogmaals herhaald. Ook nu zijn er weer bij diverse zorgverzekeraars knellende bepalingen opgenomen in de contracten voor 2016 en later. Hierbij een uitgebreid overzicht en commentaar.

CZ

In het de [Overeenkomst Vrijgevestigd Huisarts 2016-2018](#) staat de passage over het elektronische berichtenverkeer in artikel 7. De tekst luidt:

Artikel 7. Informatie

...

- 3. Aansluiting op de zorginfrastructuur van het Landelijk Schakelpunt (LSP) De zorgverzekeraar stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten via de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ). De zorgaanbieder spant zich in om deze informatie via de elektronische weg met andere zorgverleners uit te wisselen. De zorgaanbieder kan zich aansluiten op het LSP. Het VZVZ heeft een stappenplan en een toolkit ontwikkeld om de aansluiting te realiseren. Het VZVZ keert vergoedingen uit aan de huisarts bij aansluiting op en gebruik van het LSP. De zorgaanbieder heeft als taak om zijn patiënten toestemming te vragen om zijn medische gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Deze zogenoemde 'opt-in regeling'. komt voort uit wetgeving ter bescherming van de privacy van de patiënt. Via de VZVZ is ook hiervoor een toolkit voor de zorgaanbieder ontwikkeld.*

Het is duidelijk dat CZ duidelijk een inspanningsverplichting oplegt aan de zorgaanbieder via het contract om aan te sluiten op het LSP en vragen van opt-in-toestemmingen voor gebruik van het LSP bij contract oplegt.

De Friesland

In de [Overeenkomst Huisartsenzorg 2016-2017 van zorgverzekeraar De Friesland](#), onderdeel van het Achmea-concern staat in artikel 16 het volgende:

Artikel 16 Gegevensuitwisseling/rapportage

- 1. De zorgaanbieder werkt mee aan het opzetten en in stand houden alsmede het gebruik van een elektronisch*

patiëntendossier. Hierbij wordt de landelijke ontwikkeling gevolgd.

- 2. De zorgverzekeraar stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor een elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten. De zorgaanbieder spant zich in om deze informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen. De zorgaanbieder kan zich rechtstreeks dan wel via een regionale communicatiedienst aansluiten bij de landelijke communicatiedienst. Bij de elektronische uitwisseling van gegevens houdt de zorgaanbieder zich aan de voor zijn beroepsgroep vastgestelde standaarden (te raadplegen via Nictiz) en neemt hij de regels die gelden ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van patiënten in acht. De zorgaanbieder is zich er van bewust dat in de toekomst de rechtstreekse dan wel indirecte aansluiting op de landelijke communicatiedienst niet meer vrijblijvend is.*

.....

Heel duidelijk wordt hier middels het contract gepusht richting het LSP. Het “niet meer vrijblijvend” zijn van een rechtstreekse dan wel indirecte aansluiting wordt zelfs in de mond genomen.

DSW

Het contract dat huisartsen afsluiten met de zorgverzekeraar DSW is niet rechtstreeks op het internet te vinden. Het kan via Vecozo, als men in het bezit is van een toegangscertificaat, ingezien en getekend worden. Een uitleg van die werkwijze op de DSW-website aan de hand van een voorbeeld doet vermoeden dat er geen passage over deelname aan en stimulering van het gebruik van het LSP in staat.

Menzis

In de [Basisovereenkomst Huisartsenzorg 2015-2016](#) van Menzis staat in artikel 5 een opmerkelijke passage:

Artikel 5

.....

- 3. Het bepaalde in artikel 10 lid 3 van de algemene inkoopvoorwaarden zorg 2015 betreffende het Landelijk SchakelPunt is niet van toepassing.*

Als we nu gaan kijken wat er in die [Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg 2015](#) staat dan zien we het volgende:

Artikel 10 Privacy

- 1. Partijen voeren hun werkzaamheden, waaronder mede het verwerken van gegevens in het kader van de overeenkomst, uit met inachtneming van de bij of krachtens de Wet bescherming persoonsgegevens gestelde voorschriften.*
- 2. Partijen treffen passende organisatorische en technische maatregelen voor het veilig kunnen uitwisselen van persoonsgegevens en vertrouwelijke informatie.*
- 3. De zorgaanbieder spant zich in om voor wat betreft de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders onderling zo spoedig mogelijk gebruik te maken van het Landelijk Schakelpunt.*

Het blijkt dus dat Menzis voor 2016 van geen dwang meer wil weten, terwijl dat in 2015 nog leefde.

VGZ

In de [Zorgovereenkomst Huisartsgeneeskundige Zorg 2016-2017 Individueel Deel Zorgovereenkomst](#) staat in artikel 4 onomwonden wat VGZ de huisartsen bij contract wil opleggen over het LSP.

Aansluiting op de zorginfrastructuur van het Landelijk SchakelPunt (LSP)

Artikel 4. De huisarts werkt volgens de door de beroepsgroep gedragen standaarden inzake informatieoverdracht en communicatie en wisselt op gestandaardiseerde en beveiligde wijze gegevens uit.

VGZ stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten via de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ). De huisarts spant zich in om deze informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen.

De huisarts spant zich in om zijn patiënten in te lichten over het beschikbaar stellen van gegevens via bijvoorbeeld het LSP. Deze zogenoemde 'opt-in regeling' komt voort uit wetgeving ter bescherming van de privacy van de patiënt. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is één van de oprichters van de VZVZ. Zij hebben zich gecommitteerd aan de landelijke doelstelling.

Hiermee is zonneklaar wat VGZ met het contract beoogt ten aanzien van het LSP

Zilveren Kruis

Deze zorgverzekeraar houdt het heel algemeen in de [Overeenkomst Huisartsen 2016-2017](#) en noemt geen LSP.

Artikel 2 Kwaliteitseisen

.....

- 7. De zorgverzekeraar stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten. De contractant spant zich in om deze*

informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen.

Zorg en Zekerheid

In het contract van deze zorgverzekeraar vond ik geen passage over het LSP

Nog steeds dwang

Uit het bovenstaande moge blijken dat het gros van de zorgverzekeraars willens en wetens ondanks een Tweede Kamermotie en de opmerking van de minister van VWS dat er geen dwang mag worden toegepast toch in de contracten voor het komende jaar dit toepassen. De zorgverzekeraars hebben van 2013 t/m 2015 25 miljoen euro per jaar in het LSP gestoken en zullen waar voor hun geld willen zien. Het toepassen van de dwang middels contractering is één van de twee convergerende activiteiten: het afdwingen van aansluiting op het LSP en het steeds meer stimuleren van het vragen van opt-in-toestemmingen. Wat men doet is illegaal, maar het gebeurt toch.

De minister van VWS probeert zich hier uit te draaien door te stellen dat het weliswaar niet mag maar dat zij geen invloed op de zorgverzekeraars heeft om het tegen te gaan, omdat voornoemde contracten iets zijn tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn.

Van de Landelijke Huisartsen Vereniging zal gezien haar opstelling in het verleden en de organisatorische betrokkenheid bij de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie (VZVZ), die het LSP beheert, geen tegenactie verwacht kunnen worden. Het lijkt voor de hand liggend dat de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen weer de kat de bel aan zal binden. Zij deed het al twee keer eerder.

W.J. Jongejan

VGZ blundert met spooknota's



Dit artikel is aangevuld op 19-06-2015

Zorgverzekeraar VGZ blijkt spook-acceptgiro's gestuurd te hebben aan mensen die niet bij haar verzekerd zijn. Dat bleek na ontvangst van een brief van VGZ die ik op 17 juni 2015 ontving. In de brief, gedateerd 31 mei 2015, van de afdeling creditmanagement bevond zich een acceptgiro van € 31,50, door mij te betalen aan VGZ. In het begeleidende schrijven stond dat ik één of meerdere vergoedingsoverzichten gekregen had met daarop de specificatie van het bedrag. Nu speelde er wel een groot probleem. Ik ben namelijk nooit bij VGZ verzekerd geweest en had dus ook nooit vergoedingsoverzichten gekregen.

Klantenservice

In het telefonisch contact met de klantenservice bleek al gauw dat er geen rekeningoverzicht op mijn naam passend bij het in de brief vermelde klantnummer bestaat. Ook bij de afdeling creditmanagement was ik niet bekend. De dame van klantenservice deed nog een poging of ik misschien via een sub-merk van VGZ verzekerd was, maar dat moest ik ook ontzenuwen.

Ik heb haar kenbaar gemaakt dat ik mijzelf niet als uniek beschouwde en waarschuwde daarom ook voor een systeemfout,

waar meer mensen last van konden hebben. Het leek haar niet erg waarschijnlijk. Na inscannen van brief en acceptgiro heb ik het verhaal nogmaals per mail in twee rondes aan VGZ voorgelegd.

Resultaat

Zojuist ontving ik een mail van VGZ, waarin zij excuses aanbieden voor het feit, dat er intern een storing is geweest waardoor men onterecht facturen heeft verstuurd. Meerdere mensen zullen dus last hebben van dit probleem. Blijft dan toch de vraag waarom een zorgverzekeraar een nota verstuurt aan mensen die niet bij hen verzekerd zijn. Er moet toch wel sprake zijn van een vreemde kronkel in het ICT-systeem van VGZ.

Relatie

De enige relatie, die ik met VGZ had, was als huisarts van een aantal patiënten in de huisartspraktijk die ik medio 2007 beëindigde. Het stoppen was destijds duidelijk met VGZ gecommuniceerd en de afgelopen acht jaren ontving ik nimmer correspondentie over voormalige praktijkzaken. De brief van VGZ was overigens niet gericht aan de huisarts (n.p.), maar aan mij als persoon met als onderwerp het vergoeden van zorg.

ICT-mix?/BSN-fout?

Het meest waarschijnlijke is dat het ICT-systeem van VGZ zorgvergoeding-acceptgiro's is gaan maken bij mensen die als (voormalig) zorgaanbieder in hun systeem staan. Het is natuurlijk zeker niet uitgesloten dat er fouten zijn gemaakt met de invoer en controle van Burgerservicenummers, waardoor persoonsverwisseling heeft plaatsgevonden. Alert blijven is noodzakelijk.

W.J. Jongejan

19-06-2015: Inmiddels heeft VGZ middels twee tweets laten

weten, dat door een eenmalige systeemfout zorgaanbieders ten onrechte acceptgiro's hebben ontvangen en heeft VGZ excuses aangeboden. Het blijft dan nog steeds vreemd dat een 8 jaar geleden gepensioneerd zorgaanbieder, die als huisarts niet meer in het BIG-register geregistreerd is, nog steeds als zorgaanbieder in het VGZ-ICT-systeem zit.

W.J. Jongejan

Het mag wat kosten, maar dan heb je ook nauwelijks wat



Op dit moment vindt in Den Haag de parlementaire enquête plaats onder leiding van Madeleine van Toorenburg(CDA) naar het debacle met de hoge snelheidstrein Fyra. Dit drama vertoont grote gelijkenis met de gang van zaken rond het Landelijk Schakel Punt(LSP). Grote sommen geld zijn uitgegeven aan projecten die bij nadere beschouwing zeer beperkt functioneren. Infrastructuur is aangelegd waarover betrekkelijk weinig, en in ieder geval veel minder dan gepland, verkeer plaats vindt, zowel bij de hoge snelheidslijn(HSL) als bij het Landelijk SchakelPunt(LSP). In het licht van discussies over bijvoorbeeld het wel of niet vergoeden van [dure medicijnen tegen bijvoorbeeld kanker](#) is het toch zinnig weer eens tegen het licht te houden hoeveel geld er gependend is aan de infrastructuur voor elektronische uitwisseling van medische data.

HSL en Fyra

De HSL moest en zou er komen heeft tot nu toe ongeveer [elf miljard euro](#) gekost terwijl de teller nog doortikt. Inmiddels verzakken kunstwerken(viaducten) en rijden er beduidend minder en ouderwetser treinen op dan de bedoeling was. De gammele Fyra-treinen hebben kort op het beoogde traject gereden en zijn na een deal met de producent Ansaldo-Breda weer terug richting Italië. [De deal](#) waarmee de topman de treinen weer aan de producent overdroeg kostte de Nederlandse Spoorwegen 125 miljoen euro.

LSP

Het bedrag dat het ministerie van VWS naar eigen zeggen heeft uitgegeven aan het opzetten van de infrastructuur voor zorgcommunicatie via het LSP [tussen 2002 en 2010](#) bedraagt 305,8 miljoen euro (zie pag. 174 van het document in de link). Over 2011 als jaar, waarin het Landelijk Elektronisch Patiënt Dossier door unanieme afwijzing in de Eerste Kamer strandde, wordt geen overzichtelijke verantwoording gegeven. Wel is vermeld dat er nog 10 miljoen euro gestoken wordt in het doen aansluiten van zorgaanbieders op het LSP en in een geloofwaardig beheer en doorontwikkeling van de infrastructuur. Er gaat nog 0,7 miljoen naar het NPCF(Nederlandse Cliënten en Patiënten Federatie) voor een project over zeggenschap en zelfbeschikking en 1,5 miljoen naar het klantenloket. Voor de periode 2013 tot en met 2015 committeert Zorgverzekeraars Nederland(ZN) zich met een bedrag van 25 miljoen euro per jaar. Bij elkaar is er tot heden minstens rond de 400 miljoen euro gependend aan een systeem dat op dit moment maar beperkt functioneert.

Evaluatie door ZN

Rond deze tijd, juni 2015, zal Zorgverzekeraars Nederland(ZN) haar financiële steun aan het evalueren en besluiten in hoeverre zij in de komende jaren geld in LSP en LSP-gebruik

willen steken. In het [businessplan van VZVZ](#) staat dit vermeld. Het is echter de vraag hoe ZN nu aankijkt naar het nogal beperkte gebruik van het LSP. Uit de mond van manager integrale zorg van de zorgverzekeraar VGZ Johan van Zeelst werd op een vergadering met huisartsen opgetekend dat deze zorgverzekeraar het geld dat ze er in gestoken hebben wel een keer terug willen zien. Wat kunnen de zorgaanbieders nog verwachten van die kant? Meer dwang tot aansluiting? Meer dwang om opt-in-toestemmingen te verwerven?

Buitengewoon gênant

Door de [commissie Elias](#) is in oktober geconcludeerd dat er duidelijke signalen zijn uit evaluaties dat informatie aangaande planning en budget gebrekkig was en het proces voor het EPD niet onder controle was. Fundamentele vragen over de visie en strategie vanaf de start zijn onvoldoende beantwoord, zoals de vraag “wat willen we bereiken op de langere termijn?” Bovendien hadden de partijen die bij het EPD betrokken waren geen gedeeld antwoord op vragen als: “Waarom hebben we een EPD nodig?”, “ Welke gegevens moeten in een EPD worden opgenomen?” en “Hoe moet het uiteindelijk allemaal gaan werken?. Iedereen had een ander beeld en andere verwachtingen van het EPD en dat is gedurende het hele project zo gebleven.

Met andere woorden er was geen duidelijk plan, en ook geen beantwoording van de vraag waarop het EPD en nu het voortgezette LSP-gebruik het antwoord moest zijn.

Bezuinigingen

Terwijl in de zorg aan de ene kant fors bezuinigd wordt, is in de loop der jaren en nu nog veel, heel veel geld gestoken in een megaproject met beperkt resultaat. Zo de overheid een bedrijf zou zijn, was ze al lang failliet gegaan en waren de hoofdrolspelers ontslagen. De overheid komt er toch mee weg en de hoofdrolspelers zitten her en der nog op hun post, soms na een kleine stoelendans. Financieel gezien is het voor de

overheid een spel zonder neten, omdat bij tekorten de belastingbetaler toch wel betaalt. Zorgverzekeraars blijken daarnaast bereid jaarlijks miljoenen euro's te storten in dezelfde schier bodemloze put. In het licht van recente berichtgeving over bijv. capriolen die zorginstellingen moeten uithalen om "dure" patiënten elders te doen behandelen zijn de exorbitante uitgaven voor het LSP wel iets om een cynische kijk op overheid en zorgverzekeraars te krijgen.

W.J. Jongejan, huisarts n.p.