

Memo

Onderwerp: reactie internetconsultatie wet Diaz.

De Nederlandse ggz maakt graag gebruik van de mogelijkheid om te reageren op de online consultatie van het conceptwetsvoorstel 'Wet digitale identificatie en autorisatie in de zorg' (wet DIAZ). Met dit wetsvoorstel wordt een belangrijke randvoorwaarde van veilige en betrouwbare digitale toegang van zorgmedewerkers ingevuld om zo gegevens elektronisch te kunnen uitwisselen. In dit wetsvoorstel staan de generieke functies identificatie en authenticatie centraal.

Het wetsvoorstel geeft ons aanleiding tot de volgende vragen en opmerkingen op de volgende onderdelen.

1. het wetsvoorstel voorziet in de instelling van één register van zorgaanbieders, zorgmedewerkers, indicatieorganen en zorgverzekeraars.
2. Er komt een keuze tussen verschillende goedgekeurde inlogmiddelen die voldoen aan het betrouwbaarheidsniveau hoog.
3. deze inlogmiddelen zijn te gebruiken om elektronische uitwisselingssystemen te raadplegen naast toegang tot het SVB
4. bij het gebruik van inlogmiddelen worden identificerende kenmerken van ingeschrevenen door het register verstrekt
5. identificatie en authenticatie wordt gebruiksvriendelijk, flexibel en kosten worden gereduceerd.

Vooropgesteld willen wij benoemen dat wij voorstander zijn van dit wetsvoorstel omdat het de huidige ervaren knelpunten rondom het UZI-register en de UZI-middelen zal gaan wegnemen.

Algemeen

Wij zijn verheugd dat er een oplossing komt voor het zorgbreed kunnen inzetten van diverse (digitale) identificatie en authenticatie middelen. Wel hebben we een aantal zorgen: (1) onzes inziens is het wettelijk kader op meerdere punten onvoldoende uitgewerkt. (2) in de wet gehanteerde begrippen moeten onzes inziens ook in de wet worden gedefinieerd (en niet in een AMvB). (3) we missen in het huidige wetsvoorstel maatregelen tegen onrechtmatig gebruik en ter bevordering van het doel van het wetsvoorstel. De aard van de persoonsgegevens in de zorg (veelal bijzondere persoonsgegevens), het belang van de zorgsector voor de algemene gezondheid van de burgers en daarnaast de ontwikkelingen op cybersecuritygebied met de mogelijke gevolgen daarvan voor de zorgsector vragen om serieuze aandacht en een zo breed mogelijke maatregelen tegen onrechtmatig gebruik en onbevoegde toegang tot deze persoonsgegevens, in elke stap in een ketenproces. Wij vinden dat mede een taak voor de wetgever. Daarnaast moeten we de administratieve lasten en onnodige handelingen van medewerkers in de zorg zoveel mogelijk beperken waar dat kan.

Daarom hebben wij onderstaande vragen en stellen wij de onderstaande aanpassingen voor.

Algemene vragen m.b.t. het wettelijk kader voor het register

- Eisen aan maatregelen voor de veiligheid van het register (los van de eisen aan het inlogmiddel) worden nu niet in de wet gesteld. Dit zien wij als een tekortkoming en vragen die op te nemen.

de Nederlandse ggz

- Is er advies gevraagd van de Autoriteit Persoonsgegevens op deze grootschalige nieuwe verwerking van persoonsgegevens? Zo ja, is dat advies openbaar of kan dat openbaar worden gemaakt?
- Kan er in de wet een verplichting worden opgenomen om vóór het vaststellen van de details van de inrichting en het gebruik van het register (in een AMvB) een DPIA uit te voeren op de inrichting en gebruik van het register?

Ad1:

1. De definitie van zorgmedewerker is onzes inziens nu te ruim gedefinieerd. Deze definitie vergroot de kans dat onbevoegden, dankzij de inschrijving, toegang krijgen tot persoonsgegevens. Graag zien wij de definitie als volgt beperkt:
 - Er staat 'verrichten of gaan verrichten'. Het lijkt ons wenselijk dat alleen medewerkers die daadwerkelijk in de zorg werkzaam zijn ingeschreven kunnen worden in het register 'en niet reeds als zij dat "van plan zijn
 - Er is nu geen beperking aan het type medewerker in de zorg dat kan worden ingeschreven. Wij vinden het onwenselijk dat bijvoorbeeld ook leidinggevend en ondersteunende facilitaire medewerkers, die per definitie niets met persoonsgegevens te maken hebben, in dit register zouden kunnen worden ingeschreven. Wij zouden de definitie van zorgmedewerker graag beperkt willen zien, bijvoorbeeld tot zorgverleners en administratieve- en IT-beheerfuncties ten behoeve van het primaire proces .
 - Ten aanzien van de inhoud van het register zouden wij graag zien dat het t.a.v. zorgverleners (zoals gedefinieerd in de Wkkgz) een kwalitatieve registratie is en inschrijving alleen mogelijk is op basis van een (al dan niet voltooide) opleiding in de zorg.
2. Het register beoogt juiste informatie vast te leggen. Daarvoor ontbreken onzes inziens nu nog een aantal waarborgen.
 - Het proces van inschrijven in het register is beschreven, echter er ontbreekt een regeling die ziet op het afmelden/uitschrijven uit het register door de zorgmedewerker. Graag zien wij een regeling met enige waarborgen opgenomen waarin ingeschrevenen verplicht worden zich ook weer uit te schrijven als zij niet meer werken en niet binnen een nader vast te stellen bepaalde periode weer gaan werken in de zorg.
 - Maatregelen die beroepsuitoefening (tijdelijk) onmogelijk maken bijvoorbeeld aanwijzingen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, maatregelen opgelegd door tuchtrechters BIG en SKJ, maar ook andere beroepsverboden via rechter, zien wij graag, liefst automatisch, verwerkt in het register.
3. Op blz 19 van de toelichting staat onder 6.2: Het UZI-register hanteert het BSN als sleutel om de zorgmedewerker en het **sectorspecifieke UZI-nummer** uniek te relateren. We vragen ons af of het terecht is dat hier nog wordt verwezen naar een sectorspecifiek UZI nummer. Voor zover wij begrijpen gaat het in dit voorstel voor het toekomstige register alleen om de identificatie van de persoon in relatie tot het uitoefenen van een functie in de zorg, zonder specificatie van de functie of sector. Om de administratieve lasten en werkdruk laag te houden willen wij bewerkstelligen dat bij verandering van werkgever, ook als die sector overstijgend is, geen aanpassing in het register nodig is. Dus is een sectorspecifiek nummer onzes inziens onwenselijk

Ad2:

4. We zijn positief over het feit dat er keuzevrijheid komt om een inlogmiddel te kiezen; dit geeft ruimte voor eigen wensen en geeft vereenvoudiging voor zorgaanbieders. Wel signaleren wij

de Nederlandse ggz

het risico dat de marktwerking kan zorgen voor nodeloze kosten bij zorgaanbieders omdat leveranciers blijven ontwikkelen.

5. Aanvullend signaleren we dat zorgverleners om andere beveiligingsredenen nu gebruik (moeten) maken van meerdere inlogmiddelen. De flexibiliteit van het middel moet zodanig zijn dat een zorgaanbieder waar mogelijk over moet kunnen gaan op één middel en dit aan de medewerkers ter beschikking stelt.
6. Ook niet zorg applicaties zoals een kantoorautomatiseringen omgeving vereisen soms een inlog middel. Het is niet wenselijk om verschillende middelen te moeten gebruiken.

Ad3:

7. Er wordt gesproken over het feit dat bij raadpleging van het register iets meer tijd nodig zal zijn om de identificatie te voltooien. Iets meer tijd is een relatief begrip en wordt verschillend uitgelegd. In de zorg waar behoefte is aan direct duidelijke informatie dient aandacht te zijn voor een goede gebruikerservaring bij het raadplegen van het register.
8. GGZ-zorgaanbieders zijn werkzaam in de geneeskundige zorg (ZvW, Wlz, Wfz), maar daarnaast vaak ook binnen het Sociaal Domein (WMO 2015 en de Jeugdwet). De vraag is of een zorgaanbiederspas (ggz-pas of ziekenhuispas) geschikt te maken is om te voldoen aan de eisen van de Wdo en te gebruiken voor gegevensuitwisseling met overheidspartijen (bijv. gemeenten in het sociaal domein) en in de toekomst ook internationaal binnen de zorg. Of moet dan het nu voorgestelde Wdo-middel worden gebruikt? We willen meegeven dat zorgaanbieders voor uitwisseling van gegevens zo min mogelijk belast moeten worden met meerdere systemen voor identificatie en authenticatie. Waar mogelijk moeten inlogmiddelen breed bruikbaar zijn en zou het type inlogmiddel niet mogen verschillen voor de diverse zorgdomeinen. Ook kunnen medewerkers
9. In de notitie wordt verwezen naar de norm NEN 7518. We merken op dat deze norm nog in ontwikkeling is en nog niet definitief vastgesteld is.

Ad 4:

10. Het UZI-register wordt ingezet voor het verstrekken van identificerende kenmerken (attributen) ten behoeve van het digitaal identificeren van zorgaanbieders en zorgmedewerkers. In de beschrijving ontbreekt een uitwerking van welke (mogelijke) gegevens, attributen die in het register worden vastgelegd. Op basis van zo'n rol/functie zullen meer of minder gegevens beschikbaar gesteld of functionaliteit aangeboden worden. Daarnaast zullen voor groepen die nu nog niet bij Uzi bekend zijn nieuwe, andere te onderscheiden attributen noodzakelijke zijn naast URA en rolcode. Ook ontbreekt een uitwerking hoe dergelijke zorgmedewerker groepen geïdentificeerd gaan worden.

Ad 5:

11. Wij vragen ons af op basis waarvan men is gekomen tot 1,5 miljoen medewerkers in de zorg. Welke medewerkers binnen de reikwijdte van de wet (ZvW en WLz) zijn daarin meegenomen?
12. Het implementatieplan lijkt m.b.t. het aan te sluiten aantal aanbieders en hun zorgmedewerker qua geschetste termijnen niet realistisch. Het gaat dan m.n. om het aantal inschrijvingen die per jaar verwerkt kunnen worden. Slechts 100.000 nieuwe inschrijvingen per jaar in relatie tot toegroeien van nu 90.000 registraties naar 1,5 miljoen registraties maakt dat er stagnatie zal optreden in de beschikbaarheid van het middel en dus de gegevensuitwisseling. De beperking

de Nederlandse ggz

van de definitie van zorgmedewerker heeft waarschijnlijk enig positief effect op de beperking van de registraties maar dat zal hiervoor niet de oplossing zijn. De beschreven implementatie sluiten in elk geval niet aan bij de planning van bijvoorbeeld het landelijk programma medicatieoverdracht.

13. In de uitwerking wordt gesteld dat: "Zorgmedewerkers kunnen zich digitaal registreren door in te loggen en een aantal gegevens door te geven aan het CIBG. Voor zorgaanbieders wordt het mogelijk gemaakt om een koppeling met een HR-systeem te maken voor geautomatiseerd aanmelden in register. Daarmee kunnen inschrijvingen en mutaties gemakkelijk en snel doorgegeven worden aan het CIBG". Wij adviseren om ook te onderzoeken in hoeverre de reeds aanwezige informatie in de AGB - en de BIG-registers "bruikbaar" en "omzetbaar" zijn ten behoeve van het centraal op te zetten register.
14. Met betrekking tot de implementatie voorzien we uitdagingen in geval van specifieke, maar in de zorg veelvuldig voorkomende situaties als inzet van stagiaires en opleidingen.
15. Ook in geval van storing van het systeem moet continuïteit van raadpleging geborgd zijn.
16. In de toelichting wordt gesteld dat bij het verder vormgeven van de implementatie rekening gehouden moet worden met de samenloop van verschillende implementaties door leveranciers en zorgaanbieders. Dat gebeurt vanuit VWS (de Wegis en generieke functies) in afstemming met leveranciers en zorgaanbieders. Gezien de complexiteit van de implementatie van bijv. het programma medicatieoverdracht vragen wij nadere - en gedetailleerde uitwerking hiervan in plaats van te verwachten dat de marktpartijen (leveranciers en zorgaanbieders) dit in onderlinge afstemming regelen.
17. De geschatte kosten om dit alles te implementeren en te onderhouden zijn met veel aannames omgeven. Graag zien wij dat een realistischer kostenbegroting wordt gemaakt die alle kosten omvat. In de MvT en de berekening van de gevolgen voor de regeldruk van de ATR wordt uitgegaan van een afname van de regeldruk (geschat op minimaal € 3.150.000,- per jaar) vanwege een besparing op de structurele kosten van het gebruik van inlogmiddelen. Graag vragen wij waarop deze besparing precies is gebaseerd en of rekening is gehouden met dat in verschillende zorgsectoren, waaronder de ggz, inlogmiddelen nog maar beperkt en niet structureel zijn ingekocht. Daarnaast missen wij onder andere de kosten voor zorgaanbieders voor het aanpassen van bestaande systemen aan toegang met behulp van nieuwe middelen. In de toelichting wordt gesteld dat voor andere middelen die nog moeten worden aangevraagd kosten aan verbonden kunnen zijn. Benoemd wordt dat de werkgever van een zorgmedewerker ervoor kan kiezen kosten voor een middel te vergoeden (circa tussen de 20 en 70 euro per jaar). Er wordt gesuggereerd dat dit aanmerkelijk lager is dan nu, echter de UZI-pas kost 85,- op jaarbasis. Als gerekend kan worden met de minimale ingeschatte kosten (20 euro) zullen voor grote instellingen, in geval dat meer zorgmedewerker betrokken worden bij gegevensuitwisseling (wat een zeer realistische veronderstelling is), de totale kosten nog steeds fors toenemen. Wij hebben grote vraagtekens bij het afwentelen van deze kosten op de zorgaanbieders.

Graag zijn wij bereid onze reactie toe te lichten. Hiervoor kunt u contact opnemen met de Nederlandse ggz (info@denederlandseggz.nl)