

Aan : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Van : Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie
Datum : 16 augustus 2023
Versie : 1.0
Onderwerp : Reactie op Wet digitale identificatie en authenticatie in de zorg (Wet Diaz)

De Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) reageert graag op wetsvoorstel de Wet digitale identificatie en authenticatie in de zorg (Wet Diaz). De reactie is als volgt opgebouwd. Allereerst is een inleidende reactie geschreven waarin onze reactie beknopt is opgeschreven. Daarna volgt een korte uiteenzetting van de huidige inzet van de elektronische identiteit en vertrouwensdiensten (de UZI-middelen) in de zorg en de gewenste situatie. Wat de zorg nodig heeft, gaat verder dan identificatie en authenticatie en omvat het totaal aan vertrouwensdiensten zoals de gekwalificeerde elektronische handtekening en identificatie van systemen. In deze uiteenzetting zal ook een aantal stellingen uit de toelichting bij het wetsvoorstel van commentaar worden voorzien.

Daarna volgt een aantal concrete verbetervoorstellen voor de Wet Diaz en de onderbouwing van die voorstellen vanuit het perspectief van het doel van deze wet. Er wordt afgesloten met een beknopte conclusie.

INLEIDENDE REACTIE

VZVZ onderschrijft het belang van de doelstelling van de Wet Diaz: het snel beschikbaar komen van uniforme, veilige en hoog betrouwbare manieren van authenticatie, brede inzet van elektronische vertrouwensdiensten en het verlagen van kosten ter ondersteuning van meer elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

De Wet Diaz reguleert het gebruik van verschillende algemene inlogmiddelen en het uitfasen van de uitgifte van UZI-middelen. De middelen die zullen worden toegestaan, bevatten allemaal hun eigen 'uniqueness ID's'. Dit zijn bijvoorbeeld: het BSN-nummer, het UZI-nummer, het URA-nummer, het RSI-nummer, een medewerker identificatienummer enz. Die nummers zijn hard gekoppeld aan het middel. Meer middelen heeft voordelen, maar de interoperabiliteit wordt ingewikkelder als het middel niet het juiste identificerende nummer kan aanleveren voor authenticatie.

Het beschikbaar maken van verschillende middelen verlaagt de kosten niet, omdat die nu juist samenhangen met de uitgifte van het middel dat voorlopig in stand wordt gehouden. Voorts stijgen de kosten omdat er voorzieningen geïntroduceerd moeten worden die de interoperabiliteit van middelen mogelijk maken. Dikwijls zijn dit centrale voorzieningen die de technische kwetsbaarheid van het gehele systeem vergroten.

De Europese Digitale Identiteit wallet (EDI-wallet)¹ lost die problematiek op omdat de EDI-wallet verschillende identificerende nummers of de attributen² zelf (denk aan beroepskwalificaties) van de persoonsidentiteit kan vastleggen. Het is om die reden van belang dat het middel voor identificatie en authenticatie in de zorg die kant op beweegt. Het voorliggende wetsvoorstel zou toekomstvast moeten zijn door te anticiperen op de aanstaande inwerkingtreding van de EDI-wallet zoals deze is uitgewerkt in de herziening eIDAS-verordening.³ Het huidige voorstel voldoet hier onvoldoende aan.

Belangrijk is ook dat in de voorziene herziening van de eIDAS-verordening aan de gebruiker het recht wordt gegeven om het delen van identiteitsgegevens te beperken tot wat strikt noodzakelijk is voor een dienst; het voorliggende wetsvoorstel voorziet hier niet in.

¹ Ook genaamd de "Europese portemonnee voor digitale identiteit" (art. 1 sub 3i onder punt 42 van het Voorstel voor een VERORDENING VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD tot wijziging van Verordening (EU) nr. 910/2014 betreffende een Europees kader voor een digitale identiteit (Brussel, 3.6.2021, COM(2021) 281 final 2021/0136 (COD)).

² Onder attribuut wordt verstaan "een eigenschap, kenmerk of kwaliteit van een natuurlijke of rechtspersoon of een entiteit, in elektronisch formaat" in de lijn van het Voorstel tot wijziging van de verordening als genoemd onder voetnoot 1.

³ Zie Voorstel tot wijziging van de verordening als genoemd onder voetnoot 1.

Tenslotte wordt aanbevolen om een nadrukkelijke visie te ontwikkelen op het gebruik van gekwalificeerde elektronische handtekening in de zorg en – in een bredere context – een nadere analyse uit te voeren van andere op handen zijnde wijzigingen op Europees niveau die voor de zorgsector voor dit dossier van belang kunnen zijn. Hierbij kan dan bijvoorbeeld gedacht worden aan de inwerkingtreding van de zogenaamde NIS-II richtlijn⁴ en de op handen zijnde inwerkingtreding van de verordening betreffende de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens⁵.

Het voorliggende voorstel is daarmee onvoldoende instrumenteel aan het ‘opruimen’ van een te grote diversiteit aan soorten/sectorspecifieke middelen, om met de uitfasering van de UZI-middelen de transitie naar de generiek te gebruiken EDI-wallet in gang te zetten en vast te leggen welke rollen het CIBG daarin zal spelen. Ook het verlagen van kosten is één-op-één gekoppeld aan die transitie. Cruciaal onderdeel van die transitie is dat er in Nederlandse wetgeving wordt vastgelegd dat het CIBG de rollen invult van: schemahouder en authentieke bron van beroepskwalificaties van gezondheidswerkers in Nederland.

Gelet op de ontwikkelingen in Europese regelgeving zou de Wet Diaz terughoudend moeten zijn in het regelen van aanvullende zaken. Niet alleen omdat strijdigheid tussen de wet en de voornoemde verordeningen en richtlijnen kan ontstaan, maar ook omdat bediscussieerd kan worden of de minister niet te voortijdig komt met een wetsvoorstel dat wellicht eerder bij een ander beleidsministerie behoort.

Een voorbeeld ter illustratie hiervan: de Wet Diaz introduceert een taak voor het CIBG ten aanzien van authenticatieverklaringen. *“Het CIBG verwerkt daarmee alle inlogpogingen (authenticatieverklaringen) van zorgmedewerkers op zorginformatiesystemen en -uitwisselingssystemen. Daarmee vindt deze gegevensverwerking centraal plaats voor de zorgsector en beschikt het CIBG over gegevens bij welke zorgaanbieder een zorgmedewerker inlogt.”*⁶.

Naast het feit dat een dergelijke taak van het CIBG en centralisatie van inloggegevens een zeer degelijke wettelijke onderbouwing verdient, die nu nog ontbreekt, is die taak waarschijnlijk strijdig met de herziening van de eIDAS-verordening. Die stelt namelijk in artikel 6 bis lid 4 sub b: *“dat portemonnees voor digitale identiteit zullen in het bijzonder waarborgen dat verleners van vertrouwensdiensten van gekwalificeerde attesteringen van attributen geen informatie over het gebruik van die attributen kunnen ontvangen”*. De Wet Diaz, zoals nu voorgenomen, regelt dat het CIBG als organisatie ten aanzien van gekwalificeerde attesteringen van attributen dus weldegelijk alle informatie ontvangt over het gebruik van het attribuut. Dit kan betekenen dat zij de taak van authentieke bron en schemahouder op termijn niet meer mag vervullen. Dit is ongewenst omdat de zorg juist daaraan behoefte heeft. Evenals dat door onduidelijkheid ten aanzien van de regels er vertraging kan ontstaan in de transitie en adoptie in de zorg van voorzieningen uit het voornoemde Europese stelsel van elektronische identiteiten en vertrouwensdiensten (eIDAS-herziening).

HUIDIGE EN GEWENSTE SITUATIE

Gekwalificeerde elektronische ondertekeningen zijn een vereiste

De kracht van de huidige UZI-pas en het daaraan gekoppelde certificaat is dat dit middel gekwalificeerd is als “eIDAS niveau hoog”. Hiermee heeft de minister een kader gecreëerd dat nodig is geweest in de periode voorafgaande aan de inwerkingtreding van de eIDAS-verordening en de Wet Digitale Overheid.

⁴ Richtlijn (EU) 2022/2555 VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 14 december 2022 betreffende maatregelen voor een hoog gezamenlijk niveau van cyberbeveiliging in de Unie, tot wijziging van Verordening (EU) nr. 910/2014 en Richtlijn (EU) 2018/1972 en tot intrekking van Richtlijn (EU) 2016/1148 (NIS 2-richtlijn).

⁵ Voorstel voor een Verordening VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD betreffende de Europese ruimte voor gezondheidsgegevens, Straatsburg, 3.5.2022 COM(2022) 197 final 2022/0140 (COD).

⁶ Pagina 19 van de toelichting

Bijkomend voordeel – wat andere middelen niet hebben - is dat de gebruiker door gebruik te maken van de UZI-pas een zogenaamde gekwalificeerde elektronische handtekening kan zetten. Uitsluitend een gekwalificeerde elektronische handtekening heeft hetzelfde rechtsgevolg als een gewone handtekening (art. 25 lid 2 EID eIDAS-verordening).

In de toelichting op het wetsvoorstel wordt niet ingegaan op dit cruciale element van een dergelijk middel voor de praktijk en voor de communicatie in de zorgsector; en dit is een omissie. De eindgebruikers (zorgverlener en zorgmedewerker) zijn met hun eigen authenticatiemiddel, aangevuld met UZI-signing certificaten, in staat om gekwalificeerde elektronische ondertekeningen uit te voeren, welke noodzakelijk zijn om het zorgproces soepel te laten verlopen én te laten voldoen aan de wettelijke verplichtingen.

Zonder elektronische ondertekening van de zorgmedewerker is het niet mogelijk om de behandelovereenkomst met de zorgaanbieder onweerlegbaar vast te leggen. Het niet kunnen voorzien in het gekwalificeerd elektronisch ondertekenen van berichten in het uitwisseling van patiëntgegevens heeft een grote negatieve impact op de uitwisseling van patiëntgegevens (bijvoorbeeld recepten of laboratoriumresultaten), waarmee de kwaliteit in de zorg achteruit zal gaan. Deze ondertekeningen vormen de basis voor betrouwbare gegevensuitwisseling tussen verschillende zorgaanbieders en hebben een bestaand wettelijk kader.

Het voorliggende wetsvoorstel is vanwege het ontbreken van aandacht voor de gekwalificeerde elektronische handtekening en welke belangrijke rol deze speelt bij gegevensuitwisseling in de zorg te eenzijdig gericht op inloggen en authenticatie terwijl de zorg behoefte heeft aan het gehele stelsel van vertrouwensdiensten onder de eIDAS-verordening. Hieronder valt ook het gebruik van een gekwalificeerde elektronische handtekening. Zoals hiervoor al toegelicht is deze cruciaal omdat daarmee onomstotelijk vaststaat dat rechtshandelingen tot stand kunnen komen, bijvoorbeeld om toegang te geven door en te krijgen voor zorgaanbieders tot verschillende patiëntgegevens.

Het belang van het gebruik van een gekwalificeerde elektronische handtekening wordt (overigens) bevestigd door het opnemen daarvan als verplichte basisfunctionaliteit in de EDI-wallet onder de eIDAS-herziening.

Continuïteit van belangrijke functionaliteit

Het voorstel voorziet nu in authenticatieverklaringen die gezien worden als het “bonnetje” van een inlogmiddel ter opslag in het logboek van CIBG, zodat een patiënt kan opvragen wie welke gegevens heeft ingezien. Echter, deze rol is niet begrijpelijk omdat het tegenstrijdig is met de rol van registerhouder van identiteiten.

Verder lijkt het wetsvoorstel een beperking aan te brengen in de geldigheidsduur van de uit te geven attributen. Het spreekt voor zich dat een beperkte geldigheidsduur onherroepelijk leidt tot extra complexiteit en daarmee tot hogere kosten voor de zorgsector. Ook de gebruiksvriendelijkheid wordt daarmee niet gediend.

De voorgestelde opzet heeft daarmee gevolgen voor het sessiemanagement in informatiesystemen en uitwisselingsnetwerken en de continuïteit van belangrijke functies als eenmalig inloggen voor het gebruik maken van allerlei diensten (Single Sign-On). Dergelijke aspecten moeten vóór introductie van deze systematiek worden geanalyseerd en vervolgens worden getoetst wat dit betekent voor de praktijk. De beoogde systematiek van kortlopende authenticatieverklaringen die het wetsvoorstel nu beoogt te introduceren is, zoals wij voorzien, onwerkbaar in de zorgprocessen.

Sommige toepassingen in de zorg vereisen nog steeds een op smartcard en gekoppelde reader technologie gebaseerde oplossing zoals de huidige UZI-pas, die vanwege legacy-problematiek in zorgsystemen ook in de nabije toekomst mogelijk niet uit te faseren zijn, althans niet zonder (aanmerkelijke) financiële consequenties. Dit betekent dat onderzocht zou moeten worden of eenzelfde oplossing beschikbaar is als WDO-middel. De in de toelichting beschreven middelen kunnen niet als één-op-één vervanging dienen. Bijvoorbeeld omdat geen enkel WDO-middel met een gekoppelde reader wordt gebruikt of de gekwalificeerde elektronische handtekening ondersteunt.

Snelle doorontwikkeling van de registertaken door VWS is gewenst

Zorgaanbieders gebruiken reeds vele jaren UZI-passen om het benodigde vertrouwen bij onderlinge gegevensuitwisseling in te vullen, waardoor uitwisseling van medische gegevens slechts kan plaatsvinden binnen de gemaakte afspraken tussen zorgaanbieders, vastgelegd in autorisatierichtlijnen. De UZI-pas heeft dus een veel breder toepassingsbereik dan het raadplegen van de SBV-Z en levert dus al vele jaren een belangrijke bijdrage aan betrouwbare elektronische gegevensuitwisseling in de zorg.

Alhoewel de uitgifte van UZI-passen klaarblijkelijk nadelen kent (duur, onhandig, niet altijd passend), kent het ook op dit moment unieke voordelen zoals het voorzien van de bovengenoemde gekwalificeerde elektronische handtekening en het op eIDAS-hoog vertrouwensniveau inloggen en uitwisselen met daarbij een sluitend register ondersteund door het BIG-register en enkele aanpalende wetten. Essentiële informatie over de beroepsgroep wordt op landelijk niveau beheerd onder de verantwoordelijkheid van de Staat. Dit leidt tot een groter vertrouwen in de kwalificaties van het zorgpersoneel, wat op haar beurt leidt tot een verhoogde kwaliteit in de zorg.

De registratieverplichtingen blijven gelijk voor zowel zorgaanbieder als zorgmedewerker/zorgverlener, waarbij op een aantal punten aanscherpingen moeten worden gedaan om beter aan te sluiten op de wensen van het zorgveld. Er zal goed gekeken moeten worden naar de huidige definities in verschillende wetten van: zorgaanbieder, zorgorganisatie, zorgverlener, zorgmedewerker, enzovoort en deze zullen beter op elkaar moeten aansluiten. Het wetsvoorstel introduceert een definitie van zorgmedewerker, maar bevat geen toelichting hoe deze nieuwe definitie zich verhoudt tot bestaande definities in verschillende andere wetten. Om strijdigheid of onduidelijkheid tussen verschillende definities te voorkomen, wordt aanbevolen hier wel aandacht aan te besteden. Daarnaast verdient het aanbeveling aan te (blijven) sluiten bij de Europese gehanteerde begrippen en bijvoorbeeld te werken met het begrip "gezondheidswerker"⁷ om te voorkomen dat nationale wetgeving strijdigheid of onduidelijkheid oplevert met Europese wetgeving.

Snelle doorontwikkeling van de registertaken van het CIBG ten behoeve van het gebruik van de EDI-wallet versnelt de introductie en de adoptie.

Toekomstvisie zorgspecifieke middelen gewenst

De voorliggende wetsvoorstel beschrijft het belang van een situatie waarin verschillende zorgspecifieke middelen beschikbaar komen die identificatie en authenticatie van zorgmedewerkers in verschillende werkomgevingen mogelijk maakt. De zorgaanbieder geeft zelf private authenticatiemiddelen uit en heeft daarbij de keuze voor het best passende authenticatiemiddel voor de organisatie. De zorgaanbieder is als beste in staat om te bepalen welke middelen de maximale efficiëntie behalen binnen de aangeboden zorgprocessen.

De zorgaanbieder maakt een keuze voor authenticatiemiddelen die passen bij de gebruikte technische ICT-platforms, zoals operating systemen. Een uniform middel voor alle medewerkers zal daarbij de gewenste situatie zijn, waarbij het middel op verschillende plekken (van koffieautomaat t/m operatiekamer en bij patiënten in een thuissituatie) inzetbaar is met een daarbij passend vertrouwensniveau.

De keuze uit dergelijke authenticatiemiddelen is een vrije markt. Toetsing zou geregeld moeten worden in de NEN-normen voor de zorg en/of een afsprakenstelsel rondom het UZI-register dan wel op Europees niveau onder CEN/CENELEC/ETSI. De authenticatiemiddelen moeten voldoen aan de eisen van bijvoorbeeld een afsprakenstelsel rondom het UZI-register voordat deze ingezet kunnen worden voor het overnemen van UZI-attributen. Het is van groot belang dat deze eisen minimaal eIDAS-vereisten bevatten op verschillende vertrouwensniveaus en niet inperkend zijn in de te gebruiken technieken.

De beschrijving van de huidige situatie in het wetsvoorstel is onvolledig en roept daarom een aantal vragen op. Ten eerste of zorgaanbieders niet elk individueel aan het investeren zijn in een wallet-achtige oplossing? Ten tweede als die ontwikkeling plaatsvindt of die inspanning niet beter collectief gedaan kan worden aansluitend op een systematiek van eigenstandige erkenning van zo'n middel door de minister van VWS?

⁷ Artikel 3 sub f) van Richtlijn 2011/24/EU VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Ten derde of de zorg niet onnodig investeert in voorzieningen die weldra algemeen (en conform de herziening eIDAS) gratis beschikbaar komen?

Deze vragen vereisen een toekomstvisie op de beschreven zorgspecifieke middelen in de context van de eIDAS-verordening en andere relevante (toekomstige) Europese verordeningen en richtlijnen. Deze toekomstvisie ontbreekt momenteel, althans is niet beschreven in het wetsvoorstel. Het huidige wetsvoorstel moet toekomstvast zijn en dus anticiperen op de aanstaande inwerkingtreding van verschillende verordeningen en richtlijnen. Het huidige voorstel voldoet hier niet aan, althans onvoldoende.

Hierdoor kan er bijvoorbeeld ook geen uitspraak worden gedaan over het nut of de noodzaak van de in de wet opgenomen bevoegdheid van de minister van VWS om, naast de erkenning door de minister van BZK, eigen middelen te erkennen en dit door middel van een mandaatregeling bij het CIBG neer te leggen. Op zijn minst kan worden aangegeven dat een dergelijke nieuwe rol voor het CIBG uiteraard weer tot nieuwe kosten zal leiden, die op dit moment niet zijn gekwantificeerd in het wetsvoorstel.

Die onduidelijkheid kan ook voor vertraging zorgen in de transitie en adoptie in de zorg van voorzieningen uit het voornoemde Europese stelsel van elektronische identiteiten en vertrouwensdiensten. Dat laatste is ongewenst en de wet moet hierin duidelijkheid bieden.

In onderstaande tabel zijn ten slotte de huidige situatie van de UZI-pas, de beoogde situatie op basis van het voorstel Wet Diaz en de gewenste rol/situatie weergegeven.

Onderwerp	Huidige situatie	Wet Diaz	Gewenste rol / situatie
Vaststellen identiteit	Zorgaanbieder / UZI-register	UZI-register/ WDO-middel	Zorgaanbieder (evt. in combinatie met WDO-middel)
Registratie identiteit bij zorgaanbieder	Zorgaanbieder	Zorgaanbieder maar wel centraal gemeld bij UZI-register	Zorgaanbieder
Uitgifte middel	UZI-register	WDO-middel / authenticatiemiddel: niet consistent in het voorstel Wet Diaz.	Zorgaanbieder in combinatie met authenticatiemiddel-verstrekker
Inloggen	Lokale software (evt. ondersteund met webservices)	UZI-register	Lokale software (van authenticatiemiddel-verstrekker)
Ondertekenen	Lokale software (evt. ondersteund met webservices)	Buiten scope in het voorstel Wet Diaz	Lokale software (evt. ondersteund met webservices)
Gekwalificeerde elektronische handtekening	UZI-pas	Niet omschreven	UZI-pas & overige middelen die aan kwalificatie eIDAS hoog voldoen.
Intrekken	Zorgaanbieder / Pashouder. UZI-register in geval van schorsen	Buiten scope in het voorstel Wet Diaz	Zorgaanbieder (works-at) pashouder (eigen identiteit)

Onderwerp	Huidige situatie	Wet Diaz	Gewenste rol / situatie
	BIG-registraties. Dit geldt ook voor zorginstellingen.		BIG- en kwaliteitsregister (CIBG). Dit geldt ook voor zorginstellingen.
Kosten	€ 255,00 per UZI-pas voor 3 jaar, zijnde € 85 per jaar.	€ 20 voor registratie per zorgmedewerker in UZI-register per jaar + audits en kosten specifieke WDO-middelen. De jaarlijkse kosten voor een inlogmiddel worden <u>bij grootschalig gebruik</u> ingeschat op de € 20 - € 70. NB: de business onderbouwing hiervoor valt echter niet te verifiëren.	Lage kosten omdat de zorg algemene voorzieningen (EDI-wallets) hergebruikt en daar de kostenvoordelen van benut.
Gebruiks-vriendelijkheid	Alleen Windows, Linux, macOS werkstations	Alleen Windows, Linux, macOS werkstations. Er zijn nog geen alternatieven die voldoen aan de eisen in de Wet Diaz.	Alle platforms
Afhankelijkheid van overheid	eIDAS hoog	Nog steeds eIDAS hoog	Zoveel als mogelijk door zorgaanbieder voor het gebruik en uitgifte van middelen

VERBETEROORSTELLEN

Ten eerste moeten de taken en bevoegdheden van het CIBG goed geregeld worden ter ondersteuning van publieke of private Qualified Trust Service Providers (QTSP), zodat het CIBG zelf kan stoppen als Trust Service Provider. Hiertoe dient een transitiefase nader uitgewerkt te worden, met een daarbij behorend actie- en uitfaseringsplan; dat is op dit moment niet uitgewerkt in het wetsvoorstel. Dit zijn de rollen van schemahouder en authentieke bron. De schemahouder richt zich op het wegnemen van het argument van de onvolledigheid van het UZI-register. Bedenk echter wel dat de wetgever de scope van het UZI-register bewust beperkt heeft omschreven; als de wetgever dit wenst kan het UZI-register worden uitgebreid met andere soorten zorgmedewerkers/professionals zodat een volledige dekking van het zorgveld bestaat. Dit argument heeft als zodanig niets te maken met het gebruik van het UZI-middel, maar eerder met de zelf door de wetgever opgelegde beperkingen. Daarom is het aan te bevelen om diverse wijzigingen ten aanzien van de rollen van het CIBG in de Wet Diaz op te nemen.

Een wet is van alle vormen van vastleggen van afspraken het minst flexibel. Bij voorkeur verwijst de minister daarvoor naar een AMvB om die vervolgens te laten verwijzen naar de NEN-norm authenticatie om flexibiliteit in het stelsel te behouden en de partijen die deelnemen in het zorgproces ook actief te betrekken bij de invulling van een nieuw stelsel. Zo blijft het zorgveld zelf in de lead wat betreft de benodigde dienstverlening vanuit uitvoeringsorganisaties die het register beheren (zoals het CIBG). Op deze wijze kunnen generieke functies flexibel worden aangepast wanneer dat nodig is zonder dat hiervoor een wetswijziging nodig is.

Tevens kan via de NEN-norm beter worden geborgd dat de UZI-registerfunctie ook breder ingezet kan worden voor andere doeleinden zoals adressering en lokalisatie (als identifier). Uitkomst moet zijn dat CIBG een volwaardige rol kan vervullen van schemahouder en authentieke bron van door de zorg gewenste gekwalificeerde attesteringen van attributen.

Wel moet er rekening worden gehouden met de omstandigheid dat het niet onwaarschijnlijk is dat juist op Europees niveau ontwikkelingen zullen worden geïnitieerd die voorbij kunnen gaan aan de nationale standaardisatie / norm ontwikkelingen.⁸

Verder heeft de wetgever in het wetsvoorstel de mogelijkheid opgenomen om bij AMvB regels te stellen over onder andere toegang tot voorzieningen, elektronische uitwisselingssystemen en tot zorginformatiesystemen. Een definitie van 'voorziening' ontbreekt in de huidige wet en in het wetsvoorstel, waarmee onduidelijk is wat de wetgever hieronder precies verstaat. Daarnaast is in het wetsvoorstel niet beschreven waarom de wetgever deze mogelijkheid in de wet wil opnemen, hetgeen zorgelijk is gelet op de grote consequenties die dit wel kan hebben bij eventuele implementatie van deze regels in elektronische uitwisselingssystemen en zorginformatiesystemen. Ook daaraan is geen aandacht besteed in het wetsvoorstel. Wat voorziet de wetgever eventueel voor regels te willen stellen en wat is hiervan de impact voor de genoemde systemen en voor de zorgaanbieders? Dit zou nader uitgewerkt moeten worden, alvorens een dergelijke brede bepaling wordt geïntroduceerd in de wet.

Concreet betekenen de verbetervoorstellen een aanpassing, heroverweging of verduidelijking van de volgende artikelen.

Art 14 lid 1:

Zorgaanbieders:

Op grond waarvan wordt een zorgaanbieder geregistreerd in dit register? De regels van het huidige UZI-register voldoen niet aan allerlei functionele wensen vanuit het zorgveld.

Zorgmedewerkers:

Zorgmedewerkers zijn personen die werken bij een zorgaanbieder. Daartoe behoren ook de zorgverleners (die hebben een UZI-rolcode met de daaraan verbonden verplichting de diploma's te overleggen t.b.v. het BIG-register).

Art 14 lid 2: register:

Wordt hier het UZI-register bedoeld?

Art 14 lid 3 sub a: Inschrijving:

Op pagina 29 van het wetsvoorstel staat: *"Ten slotte wordt met "zorgmedewerker" eenieder bedoeld die zorggerelateerde werkzaamheden verricht voor een zorgaanbieder. Hierbij is niet relevant of het gaat om een vrijwilliger, werknemer of ZZP'er."*

Het lijkt er nu op dat een onafhankelijke inschrijving als zelfstandig zorgverlener in het register niet meer mogelijk is. Dit zou een omissie zijn.

Art 14 lid 3 sub d

Als alle zorgmedewerkers geregistreerd moeten worden, dan is dit een onvoorziene kostenpost. De registratie zou gratis moeten zijn (zo mogelijk vergoed op basis van een abonnement op zorgaanbiederniveau).

⁸ Zie meer specifiek Artikel 1 onder 7 sub 11 van het Voorstel tot wijziging van de verordening als genoemd onder voetnoot 1.

Art 14a lid 3

Het was voorheen niet toegestaan het BSN voor dit doel te gebruiken als zorgaanbieder. Het is maar de vraag of dit nu wel moet/nodig is. Waarom zou een medewerker niet zelf de attributen van het UZI-register toevoegen in zijn/haar wallet? De zorgaanbieder kan er dan hierna gebruik van maken. In de toelichting wordt in paragraaf 2.4 gesproken over het inschrijven van de zorgmedewerker in het UZI-register. Dat doet de zorgmedewerker zelf. De zorgaanbieder moet vervolgens kunnen verifiëren of de zorgmedewerker ingeschreven is alvorens deze toegang te geven tot SBV-Z dan wel het informatie-of uitwisselingssysteem. Hier is BSN-verwerking niet nodig.

Art 14a lid 4 sub a

Met de introductie van deze bevoegdheid lijkt de minister een regierol te willen nemen voor het opzetten van een op attributen gebaseerd authenticatiemiddel in de zorg. Er is alleen geen, of onvoldoende aandacht besteed aan uitwerking van deze bepaling en wat dit betekent voor de praktijk.

Ten tweede: zorg voor duidelijkheid zodat publieke en private partijen kunnen ontwikkelen. EDI-wallets moeten verplicht worden aangeboden aan Nederlandse burgers en de minister van BZK dient hierin te voorzien. Echter, het kan blijken dat een generieke voorziening zoals voorzien door de minister van BZK zowel op korte als lange termijn onvoldoende is voor gebruik door zorgmedewerkers in Nederland. Tegelijk kan het gebruik van dit middel wel worden opgelegd wanneer sprake is van toegang tot informatie in een andere lidstaat.

Ten derde: maak duidelijk wat de positie van de SBV-Z in het veranderende landschap van identiteitsvaststelling zal zijn. In paragraaf 1.3 wordt de juridische relatie beschreven tussen berichtenvoorziening, het UZI-register en het middel.

“Onder het huidige wettelijk kader kunnen het UZI-register en de bijbehorende middelen evenwel niet breder worden ingezet, het register is immers primair gericht op het kunnen raadplegen van de SBV-Z. Voor toegang tot zorginformatiesystemen zoals elektronische patiëntendossiers (hierna: EPD's) mogen het register en de middelen strikt genomen dan ook niet gebruikt worden.”

Wat is de juridische onderbouwing van die stelling? Zorgverleners en zorgaanbieders schaffen de middelen aan. Die middelen zijn dan van de zorgverlener/zorgaanbieder en die mag ze weer inzetten voor andere doeleinden.

Het probleem is dat wanneer de SBV-Z zou vervallen, het UZI-register vervolgens geen wettelijke taak meer heeft en ook komt te vervallen. Dat de SBV-Z eens komt te vervallen, is aannemelijk omdat er op grond van eIDAS nieuwe elektronische voorzieningen komen om de identiteit te valideren. Dit systeemrisico dient zich nog niet op korte termijn aan maar zal, wanneer de UZI-middelen uitfaseren, wel opgevangen moeten worden omdat die nu ingezet wordt voor het authenticeren ten behoeve van de gegevensuitwisseling in de zorg. Zorgverleners/zorgmedewerkers zetten bovendien rechtsgeldige handtekeningen onder documenten met hun UZI-pas. De functie wordt op korte termijn niet ingevuld door de inlogmiddelen waarin de minister beoogt te voorzien en verdient nader aandacht in relatie tot het schrappen van de wettelijke taak tot het tijdstip waarop het uitgeven van de huidige UZI-middelen kan stoppen.

CONCLUDEREND

1. Het wetsvoorstel houdt te weinig rekening met de ontwikkelingen op Europees niveau, waarbij het risico bestaat dat bij een implementatie van de Wet Diaz de zorgsector wordt geconfronteerd met onnodige juridische onduidelijkheden en onnodige investeringen.
2. Het wetsvoorstel is onduidelijk wat betreft de mogelijke overlap tussen de beleidsterreinen van andere ministeries, zoals BZK. Een en ander zal nader moeten worden uitgewerkt.

3. Het wetsvoorstel ontbeert een visie op het gebruik van gekwalificeerde elektronische handtekeningen in de zorg.
4. Het wetsvoorstel zou meer nadruk moeten leggen op de toekomstige interoperabiliteit voor de uitwisseling van gegevens met andere lidstaten en de mogelijkheid voor gebruikers om bepaalde gegevens te beperken (conform de herziening van de eIDAS- verordening).
5. De momenteel voorziene rol van de minister om via een mandaatregeling het CIBG verantwoordelijk te stellen om middelen toe te laten, is prematuur en niet nader financieel onderbouwd.
6. Er moet duidelijker worden omschreven wat de gevolgen zijn van een transitiefase tot het moment dat het CIBG geen UZI-middelen meer uitgeeft en niet meer optreedt als Certified Trusted Serviceprovider (TSP) onder het PKI overheidsstelsel, in ieder geval wat betreft de door de zorgsector gedane investeringen en de noodzaak om deze investeringen (versneld) af te bouwen.
7. Het besluit van het IB om het register te ontkoppelen van de uitgifte van authenticatie-middelen is in dit wetsvoorstel niet uitgewerkt.
8. De onderbouwing van de kosten is niet te verifiëren, en voorzover de gegevens beschikbaar zijn, leidt dit wetsvoorstel niet tot de gewenste kostenbesparing. In tegendeel zelfs, te vrezen valt dat de zorgmarkt met hogere kosten wordt geconfronteerd. Het wordt sterk aanbevolen om hier nader publiek onderzoek naar te doen.

Deze reactie is mede tot stand gekomen door samenwerking met AET Mobile Identity Services B.V. (technology partner ZORG-ID) en Corvers Procurement Services BV (contractor voor het EAFIP initiatief van de Europese Commissie: www.eafip.eu).



Meer informatie:

Voor vragen, een toelichting of meer informatie over deze reactie kunt u contact opnemen via: Alf Zwilling (alf.zwilling@vzviz.nl)