

Op het LSP geschreven

Guido van 't Noordende, Universiteit van Amsterdam

Wetsvoorstel 33509 is het Landelijke Schakelpunt (LSP), oftewel de “zorginfrastructuur” op het lijf geschreven. Opnieuw lijkt het LSP de centrale component waar alles om draait. Juridische randvoorwaarden worden binnen de mogelijkheden van een opt-in systematiek zoveel mogelijk opgerekt om de uitwisseling via het LSP zo eenvoudig mogelijk te maken.

Privacybescherming van patiënten was, terecht, een belangrijk aandachtspunt voor uw Kamer, en de belangrijkste reden om niet akkoord te gaan met wetsvoorstel 31466. De motie-Tan c.s. heeft opgeroepen om te komen tot regelgeving *binnen* de kaders van Wgbo en Wbp. Het huidige wetsvoorstel past Wgbo en Wbp echter op cruciale punten aan. Dit maakt uitwisseling van gegevens via eenmalige generieke toestemming makkelijker, terwijl sommige vormen van (proportionele, privacyvriendelijke) één-op-één communicatie tussen zorgverleners juist moeilijker worden.

Wetsvoorstel 33509 regelt dat:

1. patiënten “gespecificeerd” toestemming kunnen geven;
2. deze toestemming gedeeld kan worden met andere zorgverleners, zodat zij op basis van deze *bij een ander gegeven* toestemming hun gegevens kunnen ontsluiten;
3. patiënten voor het opvragen van medische gegevens toestemming moeten geven (“toestemming bij opvragen”)

Het begrip geïnformeerde toestemming - altijd specifiek en doelgebonden - wordt in 33509 vervangen door 'gespecificeerde' toestemming. Dit kan generieke toestemming omvatten, zo bevestigt de minister¹. De LSP toestemming is “gespecificeerd generiek”: mensen geven toestemming voor het uitwisselen van medische gegevens met huisartsen, apothekers, en medisch specialisten. Onder het nieuwe wetsvoorstel hoeven burgers dit maar één keer te doen, want via het delen van de toestemmingsregistratie (2) kunnen meteen alle beschreven categorieën zorgverleners medische gegevens van betreffende patiënt ontsluiten. Zo is dus precies de situatie ontstaan waar uw Kamer tegen was in 2011. “Toestemming bij opvragen” helpt niet: niemand weet ten tijde van het opvragen precies welke gegevens opgevraagd zullen worden. Het enige moment waarop écht besloten kan worden welke dossiergegevens opvraagbaar mogen worden gemaakt, is op het moment dat het beroepsgeheim wordt verbroken. Daarom ook moeten artsen hiervoor *individueel* toestemming vragen.

Invoering van het LSP

Via een systeem van monopolievorming, druk op zorgverleners in specifieke situaties (zoals waarneming), en drang op zorgverleners om zoveel mogelijk patiënten aan te melden – bijvoorbeeld door IGZ, zorgverzekeraars en huisartsenposten via contracten – krijgen zorgverleners en patiënten nauwelijks de vrijheid om een andere keuze te maken dan “ja”. De voorliggende wet maakt dit “ja” vervolgens zo breed mogelijk, via centraal geregistreerde gespecificeerde toestemming. Het is of geen gegevens uitwisselen, of via het LSP.

1 Brief van de minister van VWS E.I. Schippers, 23 juni 2014, TK Kamerstuk 33509 nr. 32

Kan het ook anders?

Het kan privacyvriendelijker. Een voorbeeld is het systeem waaraan de auteur aan de UvA – en sinds kort in een spin-off – werkt. In dit systeem krijgen zorgverleners specifiek autorisatie om gegevens te mogen opvragen, zonder centrale infrastructuur. Dit maakt het mogelijk om bijvoorbeeld bij een doorverwijzing heel gericht het medicatiedossier opvraagbaar te maken voor een specialist, terwijl niemand anders bij die gegevens kan. Ook kunnen koppelingen gemaakt worden met bijvoorbeeld de huisartsenpost, of de naburige apotheek. De autorisatie gebeurt per keer door de arts, op basis van noodzaak met (soms impliciete, soms expliciete) toestemming. Een onpraktische noodgreep zoals “toestemming bij opvragen” is zo niet nodig, want het is op voorhand helder welke arts welke gegevens kan gaan inzien. Het medisch beroepsgeheim (Wgbo/Wbp) zorgt er voor dat artsen niet meer gegevens mogen ontsluiten dan noodzakelijk. Wanneer patiënten gegevens breder willen ontsluiten dan kan dit, maar dat moet dan met expliciete toestemming gebeuren.

Bovengenoemd systeem voldoet volmaakt aan Wgbo en Wbp: als direct wordt gecommuniceerd met een andere direct betrokken zorgverlener, zonder externe verwerking van persoonsgegevens, dan kan dit. Zodra echter communicatie met niet direct betrokken zorgverlener(s) plaatsvindt, en/of wanneer persoonsgegevens door een niet direct betrokken verantwoordelijke verwerkt worden, moet specifieke toestemming gevraagd worden.

Wgbo en Wbp

Bovenstaande laat zien dat Wgbo en Wbp heel mooi schalen, afhankelijk van het soort uitwisseling van gegevens. Bij één-op-één (push of pull) communicatie met een direct bij de behandeling betrokken zorgverlener kan dit soms onder de uitzondering van BW 457 lid 2. Bij ruimere ontsluiting en/of wanneer persoonsgegevens in een extern systeem verwerkt worden, is toestemming noodzakelijk. Zo vormen Wgbo en Wbp samen een opmerkelijk technologie-onafhankelijke methodiek om privacy te beschermen. Als het systemen niet lukt binnen die kaders te opereren, zegt dat vooral wat over die systemen - niet over Wbp of Wgbo.

33509 schaaft niet: er is altijd toestemming nodig, ongeacht voor welk doel of op welke schaal “pull” uitwisseling van gegevens plaatsvindt. 33509 differentieert ook niet naar de reikwijdte van toestemming. Daardoor zal “gespecificeerde toestemming” uiteindelijk steeds generieker worden.

De AMvB voegt niets toe ten opzichte van een bestaande ministeriele regeling uit 2008², het elektronisch inzagerecht is als aanpassing van Artikel 456 BW te regelen, en de toestemmingsgerelateerde artikelen van 33509 verzwakken de privacyrechtsbescherming van patiënten ten opzichte van Wgbo en Wbp. Dus waarom is deze wet nodig?