

Geachte 5.1.2e

Hierbij stuur ik u de antwoorden op de aanvullende vragen die u heeft besproken met mijn collega 5.1.2e. Wij hebben de antwoorden ook doorgenomen met afdeling Juridische Zaken van het Erasmus MC ter check.

Naast de antwoorden op de door u gestelde vragen hadden zij nog de volgende aanvulling, welke niet specifiek over het doel van onze uitvraag gaat maar meer over de registratie van BSN in het algemeen zoals wordt gevraagd in de brief aan ziekenhuizen van 25 mrt jl.:

In de brief van minister De Jonge wordt de noodzaak van het registreren van het BSN-nummer in dit kader duidelijk benoemd. Deze noodzaak onderschrijven wij volledig. Wij hechten er echter wel aan om hierbij op te merken dat het gebruik van het BSN-nummer (in de zorg) wettelijk geregeld is en voor het gebruiken van dat nummer ook een grondslag in de wetgeving aanwezig moet zijn. Deze grondslag ontbreekt voor dit specifieke gebruik van het BSN-nummer. Daar zit een risico waar met name het ministerie (maar ook de aanleverende zorginstellingen) zich bewust van moet zijn. Wellicht kunnen de juristen van VWS hiervoor een tijdelijke oplossing voorstellen dan wel kan, gelet op de bijzondere omstandigheden van dit moment en het belang van de volksgezondheid, afstemming plaatsvinden met de Autoriteit Persoonsgegevens om het BSN voor deze specifieke toepassing te gebruiken.

Mijnsinziens staat deze aanvullende overweging verder los van ons verzoek.

Bij voorbaat dank voor uw hulp, en vriendelijke groet,

5.1.2e

Gupta Strategists
Namens LCPS

1. Wat is precies de data-uitvraag:
 - a. welke data ga je precies krijgen van NICE

Het LNAZ wil dagelijks (liefst real-time) inzicht in de patiënten die nu bekend zijn bij Stichting NICE en hun herkomst. Daarvoor hebben we 4-cijferig postcodenummer nodig. Stichting NICE maakt een overzicht van bsn met een volgnummer per BSN (dus BSN1234321 = 001 etc.). De NZa maakt een overzicht van gepseudonimiseerd bsn en 4-cijferige postcode op individuniveau en geeft dit aan Stichting NICE. NICE voorziet vervolgens LNAZ van gegevens verrijkt met de 4-cijferige postcode.

- b. hoe ziet de datastroom eruit, wie geeft de data aan wie (juristen willen controleren wie bronhouders en wie verwerkers zijn)

Vanuit NICE gaat gepseudonimiseerd BSN naar ZorgTTP. ZorgTTP koppelt o.b.v. gepseudonimiseerd BSN de PC4 en stuurt terug naar NICE. NICE verstrekt de PC4 bij andere aanlevering aan het LNAZ tbv LCPS doet.

Meer in detail;

- A. *het bsn wordt in combinatie met een per transactie toe te kennen volgnummer lokaal verwerkt in de pseudonimisatiesoftware. Vervolgens wordt het via ZorgTTP naar de NZa verstuurd. Daarbij wordt het BSN reeds bij NICE omgezet naar een pre-pseudoniem, waarna bij ZorgTTP het definitieve pseudoniem wordt gemaakt. ZorgTTP heeft geen inzicht in het volgnummer, enkel in het pre-pseudoniem. De NZa haalt met een ophaalmodule de gegevens op bij ZorgTTP en krijgt als output BSN pseudoniem + volgnummer. De pseudoniemen worden gematched en vervolgens kunnen de bijbehorende postcodes op basis van volgnummer retour worden gestuurd naar NICE via een beveiligd medium naar keuze. ZorgTTP kan daarin faciliteren, maar de NZa beschikt ook over een portal waarbinnen leveranciers gegevens kunnen inzien. ZorgTTP is gewend en bereid om voor dit type verwerkingen een verwerkersovereenkomst te sluiten. Met de NZa en het ministerie is dat reeds het geval. Al staat deze transactie er uiteraard nog niet bij.*
 - B. *Voor de juristen; dit [proces](#) draait sinds 2006 in opdracht van het Ministerie van VWS voor grootschalige gegevensverwerkingen in het kader van de Risicoverevening (directie Zorgverzekeringen, [5.1.2e](#) is daar het beste op de hoogte van deze operatie) en het DBC-informatiesysteem (opgestart binnen de directie Curatieve zorg en momenteel in beheer bij de NZa). Het proces is in het verleden meerdere keren door de AP en externe auditors beoordeeld. Daarbij is, terecht, zeer kritisch gekeken naar het al dan niet anoniem zijn van de complete dataset, maar is NOOIT iets opgemerkt over het verwerken van het BSN ten behoeve van het verkrijgen van een onomkeerbaar pseudoniem. Dit terwijl dit aspect wel wordt beschreven in de rapportages. Zie de AP website voor onderzoeken naar Risicoverevening en het DBC informatiesysteem. Zeer recent nog is de methode wederom onderwerp van onderzoek geweest bij het beoordelen van de verwerking door de stichting Benchmark GGZ. Daarin wederom niets over het verwerken van het BSN, terwijl het wel genoemd wordt en de gehele verwerking zeer uitvoerig is bestudeerd met de opdracht tot het vernietigen van de gegevens als resultaat. Op de wijze van pseudonimisering van de direct identificerende gegevens zijn wederom GEEN aanmerkingen in dat rapport. Wel over het gebrek aan een passende grondslag en het onterecht claimen dat de totale set anoniem is. Dat is voor de voorgenomen uitwisseling tussen NICE en de NZa niet aan de orde. Door het toepassen van privacy by design (en dan met name functiescheiding) wordt namelijk bereikt dat:*
 - *NICE beschikt over het BSN + volgnummer*
 - *ZorgTTP beschikt over het pre-pseudoniem (en dan alleen tijdelijk en “in memory” op de productieserver die in Nederland draait in een [datacenter](#) dat voorzien is van alle relevante certificeringen), maar niet over het oorspronkelijke BSN en het volgnummer. Dit laatste is zodanig versleuteld dat enkel de NZa het kan ontsleutelen.*
 - *NZa beschikt over het definitieve pseudoniem, het volgnummer en de postcode gegevens voor de gevallen die matchen, maar niet over het oorspronkelijke BSN. Het is cryptografisch onmogelijk om het pseudoniem om te keren tot de oorspronkelijke input. Methodebeschrijving beschikbaar op aanvraag.*
 - *De NICE registratie wordt verrijkt met postcode (eerste 4 posities) zonder dat de NZa en ZorgTTP inzicht krijgen in de onderliggende Burgerservicenummers of enige andere daaraan gekoppelde gegevens.*
2. Wat is precies waarvoor het noodzakelijk is dat wij deze gegevens krijgen/ wat gaan wij er mee doen en waarom is dat essentieel?

Het LNAZ heeft de gegevens nodig om de toekomstige COVID-zorgvraag te voorspellen. Het LNAZ heeft voorspelmodellen op ROAZ-niveau om de verwachte COVID-zorgvraag te voorspellen. Met deze inzichten kunnen we tijdig de juiste acties voor opschaling van zorgaanbod op de juiste plekken organiseren. De voorspelmodellen gaan uit van regionale demografie en COVID-zorgvraag. Wij weten de regionale zorgvraag nu onvoldoende: we weten wel welke patiënten met COVID-klachten in het ziekenhuis liggen, maar niet waar zij vandaan komen. Met de grote mate van landelijke spreiding voor deze groep patiënten is dat een significante beperking in het inzicht. Stichting NICE ontvangt de persoonsgegevens van deze patiënten, maar weet hun herkomst niet. De NZa heeft zowel de persoonsgegevens als hun herkomst. Combinatie van beide databronnen geeft het LNAZ voldoende zicht om accurate voorspellingen te maken.