

Wet kwaliteitsregistraties zorg

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in verband met het regelen van regie op kwaliteitsregistraties in de zorg en grondslagen om ten behoeve van die kwaliteitsregistraties bijzondere persoonsgegevens te kunnen verwerken (Wet kwaliteitsregistraties zorg) (36278).**

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. Aan de orde is de Wet kwaliteitsregistraties zorg. Er hebben zich behoorlijk wat mensen ingeschreven voor deze wetsbehandeling. Ik stel voor dat we in de eerste termijn zes interrupties onderling hebben. Ik ga er dan wel van uit dat die kort maar krachtig zijn. Als ze te lang zijn, ga ik ze gewoon voor twee tellen.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**:

Dan geef ik als allereerste het woord aan de heer Bushoff van de GroenLinks-PvdA-fractie. Hij is verrast!

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. We bespreken vandaag de Wkkgz, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en dat is een wet met een best brede impact op allerlei terreinen binnen de zorg. Vandaag hebben we het over een wijziging die door de regering wordt voorgesteld. Ik wil graag even bij de noodzaak van die wijziging stilstaan en vervolgens wil ik het hebben over een aantal dingen die goed geborgd moeten zijn na de wijziging die de regering voorstelt. Tot slot ga ik nog in op een ander onderdeel van deze wet, een onderdeel dat door twee wetswijzigingen van mijzelf en mijn collega van het CDA wordt gewijzigd.

Voorzitter. We hebben het vandaag over een wijziging die het kabinet voorstelt om kwaliteitsregistraties mogelijk te maken. En waar gaat het dan over? Dan gaat het bijvoorbeeld over een patiënt die in het ziekenhuis komt met een bepaalde aandoening en daarvoor een behandeling krijgt. Volgens het voorstel wordt dan ook vastgelegd wat de uitkomsten zijn. In het verleden heeft dat eigenlijk best wel positieve resultaten opgeleverd bij verschillende handelingen. Ik denk daarom dat het heel goed is dat deze wetswijziging door het kabinet is voorgesteld. We zien namelijk echt dat het bevorderlijk kan zijn voor de kwaliteit van de zorg. Ik denk dat we dat als mensen allemaal willen. Als jij naar het ziekenhuis moet, wil je dat de artsen zo goed mogelijk de benodigde zorg kunnen verlenen, dat ze van elkaar leren en dat ze dus ook steeds beter worden in het verlenen van die zorg, zodat je minder complicaties en betere uitkomsten hebt.

Volgens mij is het voorstel van het kabinet om dat in ieder geval in deze wet te regelen, goed, maar ik zeg er wel bij dat er dan altijd een aantal dingen zijn die je goed moet borgen. Als je dit gaat doen, betekent het namelijk ook dat je in de weer gaat met de

gezondheidsgegevens van mensen. Die gegevens worden verwerkt, terwijl het wel om heel gevoelige gegevens gaat. Het vraagt dus om een aantal waarborgen. Daarover wil ik de minister een aantal vragen stellen, maar ik kom zelf ook met een aantal voorstellen.

Mijn eerste vraag gaat eigenlijk over heel specifieke aandoeningen. Stel dat iemand een heel specifieke aandoening heeft die niet vaak voorkomt, dat iemand medische transgenderzorg ondergaat of dat er een andere medisch-ethische kwestie speelt, dan wil je graag dat juist dat soort kwetsbare gegevens extra goed beveiligd worden, maar je wilt ook dat die absoluut niet herleidbaar zijn naar de desbetreffende personen.

We weten dat al deze gegevens in principe bij de bron gepseudonimiseerd worden, maar ik wil ook graag van de minister weten hoe dat dan in zijn werk gaat bij deze heel specifieke kleine patiëntengroepen. Is echt goed geborgd dat die gepseudonimiseerde data niet herleidbaar zijn tot dat individu? Zijn daar extra waarborgen voor en is de minister ook bereid om gebruik te maken van de optie in de wet om er extra waarborgen aan te hangen?

Het tweede punt, de gegevensverwerkers. Je wilt natuurlijk dat de gegevens die de gegevensverwerkers, degenen die de kwaliteitsregistraties doen, verwerken, zo goed mogelijk beveiligd zijn. Omdat het om zulke gevoelige gegevens gaat, wil je voorkomen dat er sprake kan zijn van een datalek. Je kunt dat natuurlijk nooit 100% uitsluiten, maar je wilt het wel zo goed mogelijk uitsluiten. Daarom de vraag aan de minister of die gegevensverwerkers in ieder geval aan de hoogst mogelijke privacystandaarden en databeveiligingsstandaarden moeten voldoen. Ik kom op dat punt wellicht in tweede termijn nog met een enkel voorstel, omdat ik het wel erg belangrijk vind dat die privacy goed geborgd is en dat de beveiliging van deze gegevens ook zo goed mogelijk geborgd is. Ik kan mij zomaar voorstellen dat mijn collega van de VVD daar ook nog een punt van gaat maken, met het goede idee om af en toe te kijken of die beveiliging daadwerkelijk op orde is. Het lijkt mij namelijk zinvol dat we wat dat betreft de vinger aan de pols houden.

Voorzitter. Dan nog een punt hierover. Ik denk dat je ook als het gaat om die gegevensverwerkers nog twee dingen goed moet regelen. Daar doen we dan ook twee voorstellen voor. Een: je wilt niet dat de verwerkers van die gegevens die gegevensverwerking kunnen doen met een winstoogmerk. Dat wil je wat mij betreft echt uitsluiten. Het moet gaan om het verbeteren van de kwaliteit van zorg en ik vind niet dat die gegevensverwerkers daar geld aan zouden moeten overhouden. Dat is één ding dat we volgens mij met z'n allen moeten willen uitsluiten. Daar doen we dan ook een voorstel voor.

Ons tweede voorstel gaat over die gegevensverwerkers. Dat zijn private organisaties en je wilt niet dat de eigenaren van die private organisaties uit bijvoorbeeld Rusland of China komen. Dat lijkt mij volstrekt onwenselijk. Je wilt dus echt waarborgen dat de eigenaren van deze private organisaties, van die gegevensverwerkers, niet uit landen komen waar wij een vijandige relatie mee onderhouden, of dat de huidige eigenaren van die gegevensverwerkers op termijn worden overgenomen door mensen uit landen waar wij een slechte relatie mee onderhouden. Dat wil je volgens mij echt voorkomen, zeker

als het gaat om dit soort gevoelige gegevens. Ook daar doen wij een voorstel voor.

Voorzitter, dan wou ik naar mijn volgende punt gaan, maar ik zie een interruptie.

De **voorzitter**:

Ja, een interruptie van de heer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Die gegevens hebben natuurlijk ergens een bron. Dat kan een grote zorgorganisatie zijn. Wij zien dat er steeds meer zorgorganisaties zijn, zelfstandige behandelcentra bijvoorbeeld, die gefinancierd worden uit landen waar wij misschien niet zo heel erg gelukkig van worden. Saudi-Arabië, China, Turkije, Marokko — daar zitten ook invloeden. Als die gegevensbestanden uit zo'n organisatie komen, zou daar dan niet hetzelfde voor moeten gelden als voor de plek waar die gegevens naartoe gaan? Maakt u dus onderscheid in het niveau van beveiliging tussen bijvoorbeeld dat soort centra en de organisaties die uiteindelijk iets met die gegevens zouden moeten doen?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Een goede vraag. Nee. Ik stel voor om goed te borgen dat die gegevensverwerkers niet in handen komen van bijvoorbeeld vijandige mogendheden, omdat dat het wetswijzigingsvoorstel is dat hier vandaag voorligt. Ik wil een extra waarborg inbouwen in de wetswijziging die hier vandaag voorligt. Vandaar dat voorstel. Dat neemt niet weg dat ik vind dat we überhaupt voor alle zorgorganisaties in Nederland zouden moeten borgen dat ze beschermd zijn tegen overnames vanuit buitenlandse mogendheden waarmee wij op gespannen voet staan. Dat punt heb ik ook kort geleden tijdens een commissiedebat gemaakt. Ik heb begrepen dat de minister werkt aan wetgeving om overnames binnen de zorgsector te kunnen toetsen en ze ook tegen te kunnen houden als de overnemende partij uit landen komt waarmee wij geen goede relatie onderhouden. Dat punt heb ik eerder gemaakt en ik heb van de minister begrepen dat zij daar heel hard aan werkt. Ik vind het goed dat zij dat doet, want ik vind dat een heel zorgelijk punt op dit moment.

De heer **Claassen** (PVV):

Tot slot. Tot dat geregeld is, maak ik mij wel zorgen over hoe het dan geregeld is in het tijdpad waarin deze wet van kracht zal worden. Wat betekent het als dadelijk het antwoord is "ja, daar zijn we mee bezig maar dat vergt nog een heleboel afstemmen en regelen"? We hebben ook Europese richtlijnen. Dat is misschien nog niet geborgd op het moment dat de wet ingaat. Wat betekent dat dan voor uw standpunt?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Nou, daarom heb ik dus een amendement ingediend bij deze wet dat de minister de mogelijkheid geeft om bijvoorbeeld in nadere regels per AMvB te stellen dat die gegevensverwerkers niet overgenomen mogen worden door personen en organisaties vanuit landen waarmee wij op gespannen voet staan. Dat is wat het amendement dat ik heb ingediend, beoogt. Mocht mijn amendement worden aangenomen en mocht de wet vervolgens worden aangenomen, dan hebben we volgens mij dus goed geborgd dat voorkomen wordt dat die gegevensverwerkers in handen vallen van Russen of Chinezen, om maar wat te noemen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Gaat u verder met uw betoog.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ja, voorzitter. Ik had nog één onderdeel dat ik vandaag wilde aanraken. De Wkkgz, artikel 3a, gaat ook over de organisatie van de acute zorg in Nederland en de eisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen als ze daarin een verandering willen doorvoeren. Althans, dat is per AMvB geregeld, maar de wettelijke grondslag van die AMvB ligt in artikel 3a van de Wkkgz. Daarom heb ik ook al een hele tijd terug, zo'n twee jaar geleden, toen nog met mijn collega Van den Berg, twee amendementen ingediend die erop moeten toezien dat als een ziekenhuis bijvoorbeeld zegt een afdeling te willen afschalen of een zorgafdeling te willen sluiten, de inspraak van de lokale bevolking en het lokale bestuur dan beter geborgd gaat worden. We zien namelijk op dit moment dat het daar toch vaak fout gaat. Ik hoor vaak de verhalen uit Friesland, maar we kennen natuurlijk ook de situatie in Heerlen heel goed. Zo zijn er veel meer plekken in Nederland, zoals Zutphen, waar de inwoners en daarmee vervolgens ook het lokaal bestuur heel vaak het gevoel hadden buitenspel te staan bij besluiten over de organisatie van het zorglandschap in hun gemeente. Die betrokkenheid moet beter geborgd worden. Het CDA en wijzelf hebben dus een voorstel ingediend om dat beter te borgen.

Voorzitter. We hebben ook nog een tweede voorstel ingediend, namelijk om ervoor te zorgen dat als de minister de regels verandert rondom de organisatie van de acute zorg in Nederland, dat dan ook altijd langs de Kamer moet en dat niet alleen per AMvB door de minister gedaan kan worden, maar dat we daar als Kamer dan ook nog iets van zouden kunnen vinden.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Meneer Bushoff plaatst zelf al wat kanttekeningen bij die twee amendementen, die natuurlijk gaan over een heel ander deel van de Wkkgz, wat een hele grote wet is, dan waar we het vanavond over hebben. Daar heb ik overigens ook wel een beetje moeite mee, maar dat terzijde. Wat vindt meneer Bushoff van kritiek op het eerste amendement dat hij aanhaalde, van bijvoorbeeld het Landelijk Netwerk Acute Zorg en de universitaire medische centra, die zeggen: dit is totaal niet werkbaar, dus alsjeblieft, mensen in de Kamer, stem er niet voor?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

De heer Krul en ik hebben het amendement ook gewijzigd. Volgens mij komen we daarmee meer tegemoet aan de zorgen die leefden over ons amendement. Het doel is dat de betrokkenheid van inwoners en het lokaal bestuur bij veranderingen in met name het medisch zorglandschap beter geborgd is, maar om te voorkomen dat je in een impasse komt en dat het dus zou kunnen dat een noodzakelijke verandering geen doorgang kan vinden, hebben we gezegd dat het vooral een zwaarwegend advies is dat de burgemeesters namens de inwoners kunnen meegeven. Vervolgens moet de IGJ, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, het advies van de gemeente wegen ten opzichte van de plannen van het ziekenhuis en daar dan vervolgens ook weer een advies over uitbrengen. Daarmee borgen we volgens mij aan de ene kant dat de inspraak van inwoners en het lokaal bestuur beter geregeld gaat worden. Ik denk dat dat echt belangrijk is als we kijken naar de casussen van de afgelopen tijd. Tegelijkertijd zorg je

ervoor dat er niet een onmogelijke impasse ontstaat. Daarmee vind ik het een heel afgewogen amendement, om eerlijk te zijn.

De heer **Claassen** (PVV):

Aan vindingsrijkheid geen gebrek bij de meneer van GroenLinks-PvdA. Het is een interessante gedachte, hoor. Stel je voor dat het amendement en de wet worden aangenomen, zou het dan een optie zijn om in het amendement op te nemen dat dat dan nog retrograad geldt voor beslissingen die afgelopen jaar of afgelopen anderhalf jaar zijn genomen?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Volgens mij is het heel moeilijk om wetgeving met terugwerkende kracht van toepassing te laten zijn op situaties uit het verleden. Volgens mij is dat in algemene zin heel ingewikkeld. Ik denk dat het in deze situatie misschien zelfs wel bijna onmogelijk is. Maar juist al die casussen waar ook de heer Claassen van de PVV aan denkt en waar het nu niet goed is gegaan met de inspraak en de betrokkenheid van inwoners en het lokaal bestuur bij veranderingen in het medisch zorglandschap — al die voorbeelden van Zutphen, Heerlen, Friesland waar dat beter moet — zijn volgens mij allemaal voorbeelden en argumenten waarom je voor dit amendement zou moeten zijn, omdat we dat op deze manier dus in ieder geval in de toekomst beter borgen.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met uw betoog.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Eigenlijk ben ik hiermee ook aan het einde van mijn inbreng gekomen. Tot zover.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er is nog een vraag van de heer Diederik van Dijk van de SGP.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Ik luister met veel belangstelling naar het verhaal van mijn collega. Ik heb nog wel een vraag. Dit wetsvoorstel ziet uitsluitend op de medisch-specialistische zorg. Maar het wetsvoorstel kent ook een bepaling dat bij koninklijk besluit het voorstel op alle vormen van zorg van toepassing kan worden verklaard. Hoe kijkt PvdA-GroenLinks, of GroenLinks-PvdA, daarnaar?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ja, da's een goeie. Inderdaad, dit voorstel van wetwijziging is nu alleen van toepassing rond medisch-specialistische zorg en daarbij is uiteindelijk de geestelijke gezondheidszorg uitgezonderd. In het verslag van de wet hebben wij gevraagd hoe dit zich verhoudt tot het punt dat de minister misschien opeens eigenstandig kan verzinnen het te willen uitbreiden. Ik was niet helemaal tevreden met hoe de minister omging met deze vraag, dus ik ben wel benieuwd wat de minister er in haar eerste termijn op kan antwoorden. Ik heb het verslag gelezen en heb ook zelf naar dit punt gevraagd in het verslag twee jaar geleden, maar ik vind dat de minister nog wel wat meer duiding kan geven over hoe zij hiermee denkt om te gaan. Ook vraag ik haar of zij de betrokkenheid van de Kamer daarbij goed genoeg kan borgen.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Duidelijk. Ik haak even aan bij het slot van het antwoord, over de betrokkenheid van de Kamer in dat licht. Ik heb een amendement ingediend om die betrokkenheid te regelen via een nieuw wetsvoorstelletje. Ik begrijp dat de heer Bushoff ook geïnteresseerd is in die mogelijke optie.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ja, op zich snap ik die behoefte wel. Ik snap dat je het doel van deze wet, die kwaliteitsregistraties, belangrijk vindt, maar dat het tegelijkertijd gaat om medische gegevens, waar je zorgvuldig mee moet omgaan. Ik heb dat ook bepleit; ik heb er vragen over gesteld en er een aantal voorstellen voor gedaan. Ook de betrokkenheid van de Kamer bij dit soort onderwerpen vind ik van belang. Vandaar dat ik nu de minister wel wil vragen hoe zij de toekomstige betrokkenheid van de Kamer ziet. Aan de hand van de beantwoording van de minister, die in het verslag nog wat beter kon, maak ik dan uiteindelijk de balans op van wat ik doe met het amendement van de heer Van Dijk.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we over naar de volgende spreker. Dat is mevrouw De Korte van NSC.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dank u wel, voorzitter. We spreken vandaag over een grote aanpassing van de Wkkgz, een aanpassing die een grote impact heeft op de manier waarop patiëntgegevens worden verzameld en gebruikt. Het gaat niet over de overdracht van gegevens tussen zorgverleners onderling, maar over de overdracht van patiëntgegevens naar landelijke organisaties die duizenden patiëntgegevens beheren om zo de kwaliteit van zorg te meten. Het gaat vandaag over het secundair gebruik van patiëntgegevens. Dat gebeurt nu al, maar de wet geeft dat grondslag voor de kwaliteitsregistraties.

Enerzijds heeft Nieuw Sociaal Contract er begrip voor dat we het effect van behandeling willen weten. Prima. Maar wat verandert er? Ziekenhuizen worden verplicht om patiëntgegevens aan te leveren aan landelijke registraties, registraties die duizenden patiëntendata bevatten, zonder dat de patiënt daar toestemming voor heeft gegeven. Dat is een fundamentele wijziging. Dit raakt het vertrouwen van patiënten. Verwacht wordt dat er minimaal 60 kwaliteitsregistraties komen waarvoor deze verplichting gaat gelden. En ja, een kwaliteitsregistratie is belangrijk en ook het meten van kwaliteitsverbetering is belangrijk. Maar de manier waarop doet ertoe. Het recht op zeggenschap over je eigen medische gegevens is immers een groot goed.

Voorzitter. De European Health Data Space schrijft heel duidelijk voor dat er een opt-out moet zijn. Patiënten moeten de keuze hebben om niet mee te doen met het secundair gebruik van hun gegevens. Maar dat is in deze wet niet geregeld en dat is onacceptabel. Daarom dienen wij samen met de PVV een amendement in om die opt-out alsnog wettelijk te veranderen. Dat is noodzakelijk.

Dan de beveiliging van de data. U kent Nieuw Sociaal Contract als kritische partij als het gaat om beveiliging van patiëntendatabases. Z-CERT is in Nederland hét expertisecentrum op het gebied van cybersecurity in de zorg. Zij zagen in 2024 opnieuw

een toename van het aantal digitale aanvallen op zorgorganisaties. Criminele hackers, digitale spionnen en hackactivisten zien zorgorganisaties als doelwit om af te persen en gegevens van te stelen. Omdat gegevens van patiënten en onderzoek naar de cloud gaan, richten kwaadwillenden hun aandacht op het hacken van cloudbeveiliging. AI-modellen zijn nu net zo goed als mensen in het maken van overtuigende nepberichten voor fishingcampagnes en met patiëntdata kan phishing tot afpersing leiden. De BBC meldde enkele jaren geleden dat er in Singapore een datalek was bij een database met hiv-patiënten. Gedetailleerde gegevens van hiv-patiënten lagen op straat. Wat denkt u dat dat betekent voor patiënten? Joyce vertelde aan de BBC dat ze nog steeds erg geschokt en verdrietig was omdat haar gezondheidsgegevens ten aanzien van hiv op straat lagen.

We mogen niet naïef zijn over het misbruik van data. Hoe kunnen we dit voorkomen? We kunnen dit voorkomen door de allerbeste beveiligingstechnieken in te zetten. In de ministeriële regeling staat dat kwaliteitsregistraties in ieder geval moeten voldoen aan een aantal NEN-normen. We hopen dat dit geen loze regel is, want bij ziekenhuizen is de NEN 7510 verplicht, maar vele ziekenhuizen voldoen hier niet aan. Kan de minister toezeggen dat voordat er toelating is tot een kwaliteitsregistratie minimaal voldaan wordt aan de aangegeven NEN-voorwaarden zoals die in de ministeriële regeling staan? Hoe wordt na toelating getoetst op naleving van deze eisen?

Daarnaast zijn er nieuwe technieken. In een rondetafelgesprek zijn wij daarover geïnformeerd. Het klinkt ingewikkeld, maar één van de nieuwe beveiligingstechnieken zijn privacy-enhancing technologies, zoals multi-party computation. Met deze technieken zijn patiëntgegevens niet herleidbaar, omdat zij in verschillende compartimenten zijn verwerkt. We weten dat het Nationaal Cyber Security Centrum heeft aangetoond dat recente ontwikkelingen op het gebied van privacy-enhancing technologies op grote schaal inzetbaar zijn. Daarnaast hebben we gehoord dat het belangrijk is om vooraf deze technieken in te zetten, omdat het achteraf zeer moeilijk is. Daarom vragen wij aan de minister of zij spoedig wil regelen in de ministeriële regeling dat landelijke datasets voor kwaliteitsregistraties en de overdracht van data beveiligd worden tegen cybercriminaliteit en het risico dat een individu herkenbaar is. Dat kan gedaan worden met die privacy-enhancing technologies, zoals de multi-party computation. Daarnaast vinden wij het belangrijk dat de voorwaarden in de ministeriële regeling — zoals aangegeven worden de privacybeveiligingstechnieken in de ministeriële regeling beoordeeld — ook aan de Kamer voorgelegd worden als ze aangepast worden. Daarvoor hebben we een voorhangamendement voorgesteld.

Ik heb begrepen dat er nu al kwaliteitsregistraties opgenomen kunnen worden in een voorwaardelijk kwaliteitsregister. Van de minister wil ik weten of het klopt dat er nu al kwaliteitsregistraties worden opgenomen in het register en aan welke voorwaarden zij nu voldoen. Hoe zijn in de voorwaardelijk opgenomen registraties patiëntgegevens beveiligd?

Deze wet verandert veel, van vrijblijvendheid naar verplichting. Er komen steeds meer en grotere datasets van zeer gevoelige patiëntgegevens die niet voor de directe zorg worden gebruikt. Dit moeten we heel precies en frequent evalueren. Het Zorginstituut Nederland krijgt een sleutelrol bij de toetsing van de nieuwe registraties.

Noodzakelijkheid, proportionaliteit en subsidiariteit zijn basis voor de toetsing. De Autoriteit Persoonsgegevens heeft daar ook de nadruk op gelegd en we nemen aan dat dit heel precies getoetst gaat worden. Ook willen we weten hoe de uitvoerbaarheid is en wat de registratiedruk is voor zorgorganisaties om gegevens aan te leveren. Het lijkt eenvoudig, maar zorgorganisaties zullen patiëntendata eenduidig moeten aanleveren, terwijl er vaak geen eenduidigheid in taal is.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat: u heeft een interruptie van de heer Bushoff.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Kijk, dat we moeten voorkomen dat de regeldruk voor zorgaanbieders te hoog wordt, onderschrijf ik met NSC. In dat licht was ik ook wel even benieuwd hoe zij de appreciatie van de minister ziet van het amendement inzake de opt-out. De minister schrijft duidelijk te voelen voor een opt-out in zijn algemeenheid en voor het in één keer goed regelen daarvan. Alleen specifiek hierbij een opt-out regelen zorgt voor heel veel extra administratieve lasten voor de zorgaanbieders. Hoe weegt NSC dat?

Mevrouw De Korte (NSC):

Dat wegen we wel, maar we vinden het echt essentieel dat patiënten nú zeggenschap hebben over hun data. Dat weegt voor ons zwaarder dan de eventuele regeldruk straks voor organisaties zoals het Zorginstituut.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Volgens mij schreef de minister dat het niet ging om organisaties zoals het Zorginstituut. De minister schreef heel duidelijk in de brief — daar schrok ik wel een beetje van — dat alle individuele zorgaanbieders die verplicht zijn om data voor kwaliteitsregistraties aan te leveren, in geval van een specifieke opt-out voor deze kwaliteitsregistraties echt flink extra belast zullen worden. Is er dan geen betere optie denkbaar, vraag ik aan NSC.

Mevrouw De Korte (NSC):

Of er een betere optie denkbaar is? Nou ja, wij denken dat het ook heel snel kan gaan. Misschien is er op dit moment regeldruk, ook voor zorgorganisaties, om te registreren of mensen een opt-out willen. Maar we denken dat dit met automatisering sneller moet kunnen kunnen. Ik snap het probleem wel, dat zorgorganisaties zeggen: nou moeten we het aan iedereen vragen. Maar dat is ook zo bij onderzoek. Als je onderzoek wilt doen, moet je het ook vragen. Heel veel organisaties vragen bijvoorbeeld: wilt u meedoen met onderzoek? Waarom dan niet vragen: wilt u meedoen met een kwaliteitsregistratie?

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Tot slot, voorzitter. Laat er geen misverstand over bestaan: mijn partij vindt een opt-out voor dit soort zaken ook wenselijk. Dat staat volgens mij niet ter discussie. De vraag is even of je nu specifiek een opt-out moet inregelen voor deze wetswijziging. Of moet je de minister de opdracht meegeven om in het kader van de EHDS in één keer voor al dit soort zorggegevens een goede opt-outoptie te regelen? Dat vind ik zelf nog best een vraagstuk. Wij worstelen daarmee, vandaar dat ik aan NSC vraag hoe zij de optie wegen waar de minister mee aan de slag gaat versus het nu regelen met heel veel extra lasten voor de zorgaanbieders.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Ook wij hebben het gewogen, maar ik begrijp dat het anders pas in 2029 ingevoerd kan worden, en dat is echt veel te laat. Wij zetten de zeggenschap van de patiënt voorop, in plaats van de regeldruk waarvan ik denk dat het met automatisering binnen de ziekenhuizen best snel kan. Dat weegt voor ons het zwaarst.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Gaat u verder met uw betoog.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Oké. Ik had het inderdaad over regeldruk. Wij voorzien met deze kwaliteitsregistraties dat gegevens vaak eerst bewerkt moeten worden voordat een koppeling mogelijk is. We willen geen vrijblijvende terugblik maar scherpe analyses van toelating, registratielast, uitvoerbaarheid en technische beveiliging. Daarom hebben we een amendement over een tweejaarlijkse evaluatie. Dat is hard nodig om te beoordelen of alles goed functioneert en of er ook in andere sectoren kwaliteitsregistraties ingezet kunnen worden. We dienen ook een amendement van Diederik van Dijk mede in omdat wij vinden dat de Kamer betrokken moet worden bij het overgaan tot kwaliteitsregistraties bij andere sectoren.

Voorzitter. Met deze wet moeten patiënten erop kunnen vertrouwen dat hun gegevens veilig zijn. Wij kunnen kwaliteit van zorg verbeteren zonder onze principes los te laten, maar dan moet het wel goed geregeld zijn.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan is het woord aan de heer Claassen van de PVV.

De heer **Claassen** (PVV):

Voorzitter. Het doel van het wetsvoorstel dat we vandaag bespreken, is het creëren van een wettelijke grondslag voor kwaliteitsregistraties en dat gegevensverwerkers bijzondere persoonsgegevens, onder andere medische gegevens, van cliënten mogen verwerken zonder toestemming van de cliënt. Voor de duidelijkheid: het betreft hier dus wel de zogenaamde secundaire gegevensverwerking.

De regering stelt dat dat nodig is om de patiëntenzorg te verbeteren. Dat klinkt mooi, maar de PVV-fractie heeft daar wat vraagtekens bij. Ja, kwaliteitsregistraties zijn belangrijk. Ja, het delen van gegevens kan bijdragen aan betere zorg. Maar waarom moet dat met deze omvangrijke en ook ingrijpende wet? Er zijn talloze manieren waarop het eigenlijk nu al gebeurt. Denk aan programma's zoals NEED en de Nederlandse databank voor klinische audits, DICA. En er zijn nog veel meer systemen. Waarom vinden we opnieuw het wiel uit? Ik vraag de minister of dit gaat conflicteren met wat er dus al is. Gaat dit bestaande initiatieven vervangen? En nog belangrijker: waarom negeert de minister de signalen van medische onderzoekers die waarschuwen dat dit wetsvoorstel hun werk wellicht juist moeilijker maakt? Ze zeggen dat hun huidige systemen, die goed werken, straks overruled kunnen gaan worden door de nieuwe regels zoals die in de wet zijn omschreven. Dat is eigenlijk niet uit te leggen. Ik vraag daar graag een toelichting over van de minister.

De PVV-fractie ziet het maatschappelijke belang van zorgverbetering op basis van de juiste data. Maar dit belang is op cruciale onderdelen nog veel te vaag. De minister doet een poging om dit te onderbouwen, maar de onderbouwing is eigenlijk veel te dun. Waarom wordt er niet eerst gekeken naar wat er nu al goed werkt, voordat we alles overhoopgooien en rigoureuze maatregelen nemen op het gebied van privacy, beroepsgeheim en zeggenschap over de gegevens van de mensen die zorg nodig hebben? In eerste instantie is deze wetswijziging alleen van toepassing op de curesector. Daarna zal deze over twee jaar stilzwijgend uitgerold worden over andere sectoren. De vraag aan de minister is: waarom is hiervoor gekozen en waarom kan het parlement daar dan ook niets meer aan doen?

Voor de PVV-fractie is het niet nodig om van alle mensen alle medische gegevens zomaar op tafel te hebben. Sterker nog, de PVV-fractie is altijd pleitbezorger geweest van een opt-inregeling. Voor de datadeling ten behoeve van primaire gegevensdeling is deze visie ook nog steeds niet veranderd. Bij de andere wijzigingen van de wet, bijvoorbeeld bij de wetsvoorstellen 1, 2a en 2b, heeft de PVV-fractie het doorbreken van het beroepsgeheim en het toegezegde te zijner tijd gaan hanteren van een opt-outregeling gewogen ten opzichte van de proportionaliteit van het voorliggende wetsvoorstel. Bij de voorgaande wetten was ons oordeel dat er in zekere zin proportionaliteit aanwezig was. Bij dit wetsvoorstel wordt niet alleen de zeggenschap over ieders eigen medische gegevens voor secundaire gegevensdeling volledig weggehaald bij het individu, maar wordt het medische beroepsgeheim ook volledig omzeild. Dat is wat de PVV-fractie echt een brug te ver vindt. Het Zorginstituut Nederland benoemt in zijn reacties op de wetswijziging dat het een opt-outregeling eigenlijk vanzelfsprekend vindt. De Patiëntenfederatie steunde onlangs ook ons voorstel om een opt-outregel in te lassen.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, heeft mevrouw Tielen een interruptie.

Mevrouw Tielen (VVD):

Meneer Claassen gebruikt het begrip "medisch beroepsgeheim" nu een keer of wat. Dat is gewoon een heel zwaar begrip. Daar hecht volgens mij iedereen in deze Kamer heel zwaar aan. Maar dan vind ik wel dat meneer Claassen dat op de juiste manier moet duiden als argument, want volgens mij gaat het er hier niet om dat wat tussen arts en patiënt in vertrouwen wel en niet gedeeld wordt, zomaar met naam en toenaam aan anderen wordt meegegeven. Het gaat om gegevens die gepseudonimiseerd in een database zijn, niet herleidbaar tot een persoon. Dat is echt iets anders dan medisch beroepsgeheim. Of kijkt meneer Claassen daar anders naar?

De heer Claassen (PVV):

Feit is dat als deze wet in werking wil treden, het medisch beroepsgeheim — ik kan het niet mooier maken dan het is — omzeild moet worden. Immers, de gegevens die een patiënt deelt met zijn of haar behandelaar komen vanuit het dossier uiteindelijk terecht bij organisaties die die gegevens gaan controleren. Dan kunnen die gepseudonimiseerd zijn, maar de gegevens van die patiënt gaan wel overboord naar andere instanties. Daarvoor is de wijziging nodig om het beroepsgeheim te gaan omzeilen. Ja, het klinkt misschien vervelend, maar het is wel wat er aan de hand is.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Zelfs de patiënt zelf zal in die database niet eens terugherkennen wat zijn gegevens zijn. Ik vind dus echt dat meneer Claassen een veel te zware term gebruikt en dat hij ons, maar ook mensen die meekijken op het verkeerde been zet als hij het begrip "medisch beroepsgeheim" gebruikt voor waar we het hier daadwerkelijk over hebben.

De heer **Claassen** (PVV):

Daar kan ik niets aan doen, want zo staat het ook gewoon letterlijk in de teksten en in de wetsvoorstellen. Het zijn niet mijn woorden. Ik herhaal gewoon de woorden zoals die in de wet staan.

De **voorzitter**:

Dan de heer Bushoff voor een interruptie.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ik denk dat veel partijen in de Kamer het heel belangrijk vinden om heel zorgvuldig met dit soort gegevens om te gaan en om die heel goed te beschermen. Met één punt had ik wel wat moeite, namelijk de suggestie, die in ieder geval bij mij werd gewekt, alsof de mensen in de zorg eventjes om hun medisch beroepsgeheim heen zouden moeten gaan. Ik neem aan dat dit niet aan de orde is en dat het ook niet de bedoeling was van de heer Claassen om dit op de mensen die in de zorg werken af te schuiven of om die kwalificatie bij hen neer te leggen.

De heer **Claassen** (PVV):

Zeker niet. Het punt dat ik probeer te maken, is dat in het wetsvoorstel geregeld moet worden dat de gegevens die gedeeld worden met de behandelaar er niet meer tussen zitten, want of ze nou gepseudonimiseerd zijn of niet, de gegevens gaan ergens op een hoop. Daarvoor is het nodig dat het beroepsgeheim er bij dit wetsvoorstel uit wordt gehaald. Misschien is dit ook wel een terechte opmerking van de heer Bushoff, hoor. Het is niet zo dat Jan en alleman nu met deze wet in handen naar jouw behandelaar kan gaan en kan zeggen: weet je, geef me maar even de gegevens. Nee, dat is zeker niet zo. Bovendien schat ik in dat de zorgverleners dat ook niet zullen doen.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Ik grijp even terug op iets wat de heer Claassen een klein stukje eerder zei. Als ik hem goed heb beluisterd, hoorde ik hem zeggen dat dit wetsvoorstel binnen twee jaar stilzwijgend ook van toepassing zal worden op alle andere zorggebieden. Als de heer Claassen denkt dat dat zo is, dan baseert hij zich nog op een oude vorm van dit wetsvoorstel, want hij is aangepast in die zin dat nu de route is dat de minister per koninklijk besluit kan aangeven dat het voor alle zorggebieden geldt. Mijn vraag is hoe de heer Claassen daarnaar kijkt. De vraag meteen erachteraan is: ik heb voorgesteld om daar dan t.z.t. een nieuw wetsvoorstel van te maken, zodat de rol van de Kamer adequaat wordt geborgd; wil hij daar misschien op reflecteren?

De heer **Claassen** (PVV):

Nou, ik wil er wel antwoord op geven. Het punt is dat we al moeite hebben met dit wetsvoorstel. Als dit dan ook nog betekent dat het uitgerold wordt bij koninklijk besluit, dan hebben wij daar eigenlijk helemaal niks meer over te zeggen. Dus ja, ik vind het belangrijk dat de Kamer, zeker bij dit soort wetsvoorstellen, wel altijd de regie heeft.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Precies. Dat geldt dus in ieder geval ook als het gaat om een mogelijke uitbreiding naar het hele zorgveld, begrijp ik?

De heer **Claassen** (PVV):

Nogmaals, de PVV-fractie heeft al moeite met dit wetsvoorstel, dus als het nog verder uitgebreid zou worden, dan zal dat niet veel veranderen.

De **voorzitter**:

Vervolgt u uw betoog.

De heer **Claassen** (PVV):

Ja. Tijdens een recent debat over digitalisering in de zorg wees ik al op de European Health Data Space, de EHDS. De eventuele — let wel: zo staat het er letterlijk — opt-out komt pas in 2031. Dat is nog zes jaar. Wat ons betreft is dat dan ook zes jaar te laat. Mensen hebben nú recht op zeggenschap over hun gegevens, niet pas over zes jaar. Laten we eerlijk zijn: als private partijen zonder dat er sprake is van een behandelrelatie toegang krijgen tot onze medische gegevens, dan is dat buitenproportioneel.

Voorzitter. De PVV-fractie is van mening dat mensen de zeggenschap over hun medische gegevens dus dienen te houden wanneer deze, zonder dat er sprake is van een behandelrelatie, worden gebruikt door private partijen. Hierdoor is er wat de PVV betreft bij de voorgestelde wet sprake van buitenproportionaliteit. Bij de eerdere wetsvoorstellen 1, 2a en 2b hebben we dat nog anders gewogen. Zorgaanbieders dienen hun cliënt op grond van de AVG te informeren over de wijze waarop hun medische gegevens worden verwerkt en welke rechten de cliënt in deze context heeft, waaronder de mogelijkheid tot een opt-out.

Ik hoor sommige collega's vragen — volgens mij was het net in een interruptiedebat — wat dat dan betekent voor de workload van de zorgaanbieders. Ik kan me voorstellen dat het effect heeft op de registratielast als bij elk patiëntencontact die vraag gesteld zou moeten worden en dat zou moeten worden geregistreerd, maar volgens mij kan het ook veel eenvoudiger. In de wet of het amendement staat namelijk niet voorgeschreven hoe dat dan zou moeten, zolang maar op een manier — dat kan met posters, of tegenwoordig zijn het tv-schermen, die er hangen of brochures die er liggen — kond wordt gemaakt dat dat zo is en dat iemand daar bezwaar tegen kan maken. Het hoeft niet per definitie met een een-op-eengesprek. De registratie kan volgens mij met één vinkje vastgelegd worden. Dat zou die regeldruk dus behoorlijk moeten doen afnemen.

Kortom, mijn fractie is daarom voor een opt-outregeling op het moment dat de wet in werking treedt, niet in 2026, niet in 2027 en niet in 2031. Mensen krijgen dan de mogelijkheid om nee te zeggen tegen het verwerken van hun medische gegevens. Daarom hebben wij dus een amendement ingediend, een amendement dat wél recht doet aan de burger. Ons voorstel maakt een opt-outregeling mogelijk zodra de wet in werking treedt. Dat betekent dat iedere Nederlander de keuze krijgt om nee te zeggen tegen het delen van zijn of haar medische gegevens. Wat ons betreft is dat geen luxe. Dat is een grondrecht.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we naar mevrouw Tielen. O, een spijtoptant. De laatste interruptie van de heer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Sorry, voorzitter. Ik heb nog één vraag.

De heer **Claassen** (PVV):

Het venijn zit in de staart, hè, meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ja. Ik denk dat we elkaar hierop kunnen vinden. Het gaat erom dat de gegevensverwerkers private organisaties zijn. Volgens mij — en dat is ook mijn vraag — zou je niet moeten willen dat die een winstooigmerk hebben. Deelt de heer Claassen van de PVV die opvatting?

De heer **Claassen** (PVV):

Wat de PVV-fractie betreft gaan we morgen regelen dat er geen enkele private organisatie meer is in Nederland.

De **voorzitter**:

Dank u wel. De heer Claassen roept nog eventjes buiten de microfoon dat het om het zorggebied gaat.

Dan is nu het woord aan mevrouw Tielen van de VVD.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Voorzitter. Ik had al een ochtend met heel veel communistische uitspraken, maar nu begint de avond ook zo. Nee, haha. Ik ga met een zwaar gemoed het reces in als dat zo doorgaat.

Voorzitter. Mensen verwachten ...

De **voorzitter**:

Voordat u begint, wil de heer Claassen nog een opmerking maken.

De heer **Claassen** (PVV):

Ja, een persoonlijk feit of een opmerking. Dit is totaal niet communistisch bedoeld, hoor. Als je zegt dat al die private, naar winst graaiende ondernemers die we ondertussen in Nederland hebben, er eigenlijk niet zouden moeten zijn, dan is daar niks communistisch aan. Dat is juist heel goed voor Nederland.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Meneer Claassen zei letterlijk: de PVV gaat ervoor om geen enkele private organisatie meer in Nederland te hebben. In welke sector dat dan is, maakt mij niet uit, maar volgens mij is dat Sovjetcommunisme.

De heer **Claassen** (PVV):

Voorzitter, daar wil ik toch even op reageren.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

U had een persoonlijk feit en daar heb ik op gereageerd.

De **voorzitter**:

Nee, ik ga hier volgens mij over de orde. Een interruptie van de heer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Nou, dat heeft niks met Sovjetcommunisme te maken. Ik vind dit ook verwerpelijk. Aan de ene kant zijn we fascistten, en hier zijn we Sovjetcommunisten. Het is toch gekkigheid dat dit soort dingen hier geroepen worden? Mijn punt was dat al die private ondernemingen in de zorg die graaien — dat is de nuance — in Nederland geen plek verdienen. Daar maken we ons hard voor. En dat heeft niks met Sovjetcommunisme te maken.

De **voorzitter**:

Ik zou het debat wel een beetje willen beperken tot het onderwerp waar wij het over hebben. Mevrouw Tielen.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Meneer Claassen zei zelf: het venijn zit in de staart. Hij wierp zelf een uitspraak de Kamer in. Ja, dan moet hij niet raar staan te kijken, want wie kaatst, zal de bal verwachten, om het bijna op z'n Fries te zeggen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Tielen begint met haar betoog.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Graag. Dank u wel, voorzitter. Mensen verwachten, terecht, de hoogste kwaliteit zorg in ons land. Dat geldt zeker bij ziektes zoals kanker of een beroerte. Mensen vertrouwen allereerst, ook terecht, op de kundigheid van de artsen en de medische teams. Maar als een behandeling langer duurt en daar zowel operaties als medicijnen en paramedische zorg bij betrokken zijn, en al helemaal als je leven of je kwaliteit van leven ervan afhangt, dan wil je meer dan alleen maar erop vertrouwen. Dan willen mensen ook wéten dat een behandeling van hoge kwaliteit is. Om daarover mee te kunnen beslissen, zijn data, evaluatieonderzoeken en monitors nodig, oftewel: kwaliteitsregistraties.

Over die kwaliteitsregistraties gaat de wet die vandaag voorligt. Registraties bestaan al een tijd. De wetenschappelijke verenigingen van artsen zijn ermee begonnen, om met elkaar te onderzoeken en bij te houden hoe zorg beter kan en hoe artsen elkaar kunnen helpen om de kwaliteit te verhogen, en om de zorg in ziekenhuizen te kunnen vergelijken. Voor één ziektebeeld zijn vaak heel veel registraties nodig: de registratie van persoonsgegevens natuurlijk en van gegevens over de tumor, de medicatie, de bestraling, de complicaties na een operatie en het aantal ligdagen, en registraties waaruit blijkt of de patiënt weer kan eten, lopen of zijn urine kan ophouden. Het aantal registraties varieert — dat getal is al genoemd — van zo'n 60 tot meer dan 200 per ziektebeeld. Door die registraties verbetert de zorg! Daar wil ik echt wel een uitroepeteken achter zetten. Er zijn echt spectaculaire resultaten te noemen bij bepaalde vormen van kanker, zoals minder lang in een ziekenhuis hoeven liggen, minder complicaties, minder overlijdens, het minder nodig hebben van bestraling en medicatie, en daarmee ook

minder bijwerkingen en besparingen in onze zorg.

Voorzitter. Sinds de Algemene verordening gegevensbescherming, de beroemde AVG, leveren die registraties veel extra administratie op, waardoor het bijhouden en verbeteren van kwaliteit voor professionals in sommige gevallen bijna niet werkbaar is. Met deze wet is het de bedoeling dat die administratieve last fors vermindert en de kwaliteit van de data zelf, dus de kwaliteit van de kwaliteitsdata, verbetert. Dan moeten de registraties wel aan wettelijke voorwaarden voldoen en openbaar worden bijgehouden.

Voorzitter. De VVD ondersteunt dit wetsvoorstel omdat die doelstellingen zo belangrijk zijn. Zoals ik al aangaf, zijn gegevens van groot belang om kwaliteit te meten en te verbeteren. En wij willen ook graag dat die gegevens transparanter worden. Met de kwaliteitsregistratie draagt de gezondheidszorg beter bij aan het welzijn en aan goede uitkomsten. Dat maakt dat deze registraties uiteindelijk ook zorgen voor meer doelmatige zorg en ook kwaliteit van leven; en laten dat nou precies de dingen zijn waar de VVD zich voor inzet. We hebben wel een aantal vragen, allereerst over veiligheid. Niemand wil — en volgens mij is "niemand" in deze Kamer ook écht niemand — dat medische gegevens zomaar voor iedereen zijn in te zien en/of herleidbaar zijn naar een individu. De data waar het hier over gaat, zijn gepseudonimiseerd. Dat betekent dat de gegevens worden vervangen door een soort code en niet zijn terug te brengen naar een persoon. Is dat voldoende veilig, is mijn vraag aan de minister, en hoe kan de minister die veiligheid ook waarborgen? In de financiële sector zijn ook een aantal waarborgen ingebouwd, want niemand wil dat zijn financiële bankgegevens zomaar door iedereen zijn in te zien. Mede op initiatief van de VVD zijn daarvoor een aantal regels toegepast in de banksector. Banken zijn verplicht om periodiek cyberaanvallen na te spelen om eventuele kwetsbaarheden te vinden en ook weg te nemen. Zij moeten die niet alleen uitvoeren, maar daar ook over rapporteren aan de toezichthoudende instantie. Dat is in het geval van deze banken De Nederlandsche Bank, DNB. Is het mogelijk om een dergelijke plicht, dus een cybersimulatie en de rapportage daarover, ook in te voeren voor zorginstellingen, zoals ziekenhuizen waar medisch-specialistische zorg wordt geleverd? Graag een toelichting van de minister.

Voorzitter. Ook een actuele vraag over de veiligheid van gegevens. Uit nieuwsberichten begrijpen we dat onderzoekers en wetenschappers inmiddels data weghalen uit de Verenigde Staten, en deze naar Europa halen om er zeker van te zijn dat ze veilig en bruikbaar blijven. Kan de minister aangeven of er in Nederland of in Europa voldoende ruimte is voor data? Of is dat überhaupt helemaal niet van toepassing op de gegevens waarover we het hier hebben? Graag een toelichting. En als de minister vindt dat hier meer actie op moet komen, wat moet dat dan zijn?

Ook over het verbeteren en verbreden van de kwaliteit heb ik vragen. Met de kwaliteitsdata is nog meer mogelijk wat goed is voor onze zorg en de houdbaarheid daarvan. Denk bijvoorbeeld aan het bekostigen van zorg op basis van uitkomsten, zoals kwaliteit van leven. Wij, de VVD, willen al langer dat betere zorg ook tot betere bekostiging kan leiden, en andersom. Wat wil en kan de minister vanuit deze wet doen om dat mogelijk te maken? Graag een toelichting. Daarnaast willen we dat kwaliteit ook transparant is voor verwijzers en patiënten. Daarmee bedoel ik niet meteen al die 200

data per ziektebeeld, maar wel data die voor een patiënt en de verwijzer relevant kunnen zijn. Denk aan het risico op overlijden na een operatie of bepaalde langdurige complicaties. We hebben het al vaker gehad over incontinentie en impotentie na prostaatkankeroperaties. Hoe staat het met de uitvoering van mijn eerdere moties daarover voor een stappenplan voor transparantie voor kwaliteit en de kwaliteit-van-levendata bij de kosten voor dure medicijnen? Graag een toelichting van de minister.

Dan het type kwaliteitsregistraties. Ik begon mijn inbreng al met de opmerking dat artsen en wetenschappelijke verenigingen zelf beginnen met kwaliteitsregistratie. Dat vind ik mooi. Het is ook goed dat vervolgens de kwaliteit van de kwaliteitsdata wordt gecontroleerd, alvorens ze worden vastgesteld als kwaliteitsregistraties — een vreemde zin; dit gaat dus over de kwaliteit van de data en de registratie daarvan. Maar het verbaast me dat er op het gebied van spoedeisende hulp onduidelijkheid is over de afwijzing na de controles die de stichting NEED — die naam viel ook al net — vorig jaar kreeg. Juist ook op het gebied van acute zorg in het ziekenhuis lijkt het me heel goed dat daarvoor kwaliteitsregistraties beschikbaar komen. Wat heeft NEED nodig om die SEH-data zo te krijgen dat er wel een goedkeuring kan komen? Is de minister daarmee bekend? En is de minister het met de VVD eens dat het de inzet waard is om ook spoedeisendehulpzorg langs de kwaliteitslat te leggen? Graag een toelichting.

Dan de opt-in en opt-out. De vraag "opt-in of opt-out?" lijkt soms wel een soort balletje-balletje in deze Kamer. De minister zou naar aanleiding van het commissiedebat waar dat balletje-balletje nog aan de orde kwam, het commissiedebat Digitalisering, een brief sturen om duidelijk te maken wat zij wel en niet bedoelt, wat zij wel en niet voorstelt en hoe dat wel en niet aansluit op de Europese regels die volgen uit de regelgeving met de klinkende naam — en ook die is al genoemd — European Health Data Space. In de brief lees ik daar eigenlijk net te weinig over, om maar heel eerlijk te zijn, dus ik vraag de minister om hier in het debat iets concreter in te gaan op de punten. Ze geeft zelf aan dat ze de administratieve lasten wil halveren. Tegelijkertijd apprecieert ze een amendement over de opt-out met "oordeel Kamer", terwijl ze ook zegt dat die zal leiden tot veel extra administratieve lasten voor zorgprofessionals. Om hoeveel extra lasten gaat het dan? Hoe rijmt ze die toename met haar eigen ambitie? Waarom apprecieert ze het amendement dan zoals ze het apprecieert? Oftewel: wat gaat ze doen om te zorgen dat er geen extra administratieve lasten uit voortkomen? Dat was namelijk juist een van de voordelen van deze wet.

Voorzitter. We waren wat ongeduldig, omdat deze wet nu al bijna twee jaar wacht op behandeling in deze Kamer, maar zijn blij dat we er nu het debat over voeren. Het gaat namelijk over kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven. We kijken uit naar de antwoorden van de minister. We hopen dat ze de Kamer mee kan nemen in de voordelen van de wet en hopen dat ze met de Kamer wil debatteren over de benodigde aanscherpingen.

De **voorzitter**:

Volgens bent u al door uw interrupties heen, meneer Bushoff.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):
Hadden we een maximum?

De **voorzitter**:

Zeker.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Dat wist ik niet. Krijg ik één interruptie respijt? Dan beloof ik dat dat mijn laatste is, voorzitter.

De **voorzitter**:

Als het een hele korte is.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ja, ik denk het wel, voorzitter. Het gaat namelijk over de vraag: opt-in of opt-out? Mijn partij is voorstander van een opt-out. Ik ben eigenlijk nog benieuwd hoe de VVD een opt-outregeling weegt in het kader van de wetgeving die vandaag voorligt, ook in het licht van wat de minister zegt over het amendement, namelijk dat de daarin gekozen vorm misschien wel weer te veel lasten met zich meebrengt. Hoe weegt de VVD dat? Ik ben ook benieuwd naar de antwoorden van de minister.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik denk dat meneer Bushoff en ik daarin redelijk op dezelfde lijn zitten. Kijk, wij zijn sowieso niet voor opt-in. Als we al voor een opt-out zijn ... Eigenlijk staat in deze wet: die data zijn zo pseudoniem, zo onherkenbaar gemaakt — zoals ik net ook in het interruptiedebatje zei, zou een patiënt zijn eigen data niet herkennen in het totaal — dat het veilig genoeg is. Dan heb je geen extra opt-out nodig. Ik snap echter wel de argumentatie die meneer Claassen in zijn amendement heeft genoemd: je moet als patiënt toch het gevoel hebben dat je nog een streep kan trekken. Maar dat moet dan wel in een zo licht mogelijke vorm, bijvoorbeeld als algemene voorwaarde; dat kan ik me voorstellen. Wat dat betreft ben ik ook wel benieuwd of de minister nog iets duidelijker wil zijn in haar appreciatie. Ik zie namelijk ook bij werkbezoeken dat spiegelinformatie uit de kwaliteitsregistraties gebruikt wordt in behandelingen voor patiënten en dat artsen vijf, zes, zeven handtekeningen moeten vragen om überhaupt die spiegelinformatie te kunnen gebruiken. Dan zijn we echt een brug te ver, denk ik.

De **voorzitter**:

Er is een interruptie van mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Ik hoor mevrouw Tielen over de beveiliging van data spreken. Ik ben blij dat u daar vragen over stelt. Maar toch hoor ik een soort vertrouwen dat het wel goed komt. U zegt dat die data gepseudonimiseerd zijn, maar gepseudonimiseerde data kunnen ook weer teruggevoerd worden op de patiënt. Daarnaast kunnen AI-modellen ook echt personen eruit halen met een aantal gegevens bij elkaar. Daardoor kunnen mensen ook aangevallen en afgeperst worden. Hoe denkt mevrouw Tielen daarover?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Vertrouwen is goed, controle is beter. Dat is een prachtige slogan, van een private organisatie, waar ik best wel achter kan staan. Nu ik het zeg, geloof ik dat die trouwens ook van een communist zou kunnen zijn. Vertrouwen alleen is niet genoeg. Daarom stel ik ook vragen. Mevrouw De Korte insinueert een beetje dat het gek is dat de VVD

vragen stelt over veiligheid. Dat lijkt mij een gekke gedachte, want de VVD is heel erg voor veiligheid op alle gebieden, ook data. Alleen, zoals ik het teruglees, zowel in de wet als in de toelichtingen als in de technische briefings die we gehad hebben, zit het behoorlijk goed in elkaar. Natuurlijk kan AI van alles. En natuurlijk kunnen echt kwaadwillende criminelen ook van alles. De vraag is of het voldoende is of niet. Wat mij betreft, afhankelijk van de antwoorden op mijn vragen en hoe we dat soort cyberaanvallen blijven simuleren, zit het op dit moment behoorlijk stevig en veilig in elkaar.

De voorzitter:

Dank u wel. U was aan het einde van uw betoog?

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ja, ik was aan het einde. Dank u wel.

De voorzitter:

Mooi. Dan gaan we naar de volgende spreker. Dat is mevrouw Rijkers-Oosterkamp van BBB.

Mevrouw **Rijkers-Oosterkamp** (BBB):

Voorzitter, dank u wel. Vandaag spreken we over een belangrijk wetsvoorstel. Dit voorstel biedt mogelijkheden om bijzondere persoonsgegevens te gebruiken in kwaliteitsregistraties binnen de medisch-specialistische zorg. Dit alles zonder dat er eerst expliciete toestemming van iedere individuele patiënt vereist is. Het doel van dit voorstel is helder: betere zorg voor iedereen. Door medische gegevens systematisch te verzamelen wordt er in kaart gebracht wat goed gaat en waar verbetering mogelijk is. Hierdoor krijgen zorgaanbieders waardevolle inzichten, waarmee ze behandelingen goed kunnen optimaliseren en zo de kwaliteit van zorg kunnen verhogen. Voor de duidelijkheid: bij bijzondere persoonsgegevens gaat het niet om de naam, het adres, de geboortedatum of het bsn, maar om medische gegevens die volledig anoniem zijn.

Voorzitter. In de praktijk zien we al hoe belangrijk kwaliteitsregistraties kunnen zijn. Neem bijvoorbeeld de ziekenhuizen waar gegevens van hartpatiënten worden verzameld. Dankzij deze data krijgen we inzicht in de effectiviteit van de behandelingen. Maar wanneer niet alle gegevens beschikbaar zijn, ontstaat er een incompleet beeld. Dit maakt het moeilijk om gedegen conclusies te trekken en gerichte verbeteringen door te voeren. Dit wetsvoorstel biedt hiervoor een oplossing. Door de vereiste voorafgaande toestemming te vervangen door een wettelijke verplichting wordt het mogelijk om gegevens vollediger te verzamelen. Tegelijkertijd wordt de privacy van de patiënten gewaarborgd. Er worden duidelijke regels vastgesteld. Gegevens worden gepseudonimiseerd en zorgvuldig beveiligd, zodat niet direct te herleiden is van wie de gegevens zijn. Daarnaast komen er strikte grenzen aan het gebruik van deze gegevens voor andere doeleinden dan kwaliteitsverbetering. Het Zorginstituut Nederland zal het openbaar register gaan beheren en alleen registraties die voldoen aan de strenge eisen, zullen daarin worden opgenomen. Op deze manier wordt het overzicht helder gehouden en blijven we trouw aan ons doel: betere zorg.

Voorzitter. Desondanks wil ik wel graag een aantal vragen stellen aan de minister, want we moeten er zeker van zijn dat de wet niet alleen stappen vooruitzet, maar ook

mogelijke valkuilen vermijdt. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de noodzaak van de kwaliteitsregistratie altijd voldoende wordt aangetoond? Hoe gaan we ervoor zorgen dat de gegevens strikt voor kwaliteitsverbetering gebruikt worden en dat er geen misbruik plaatsvindt, zoals het inzetten van data voor andere doeleinden, bijvoorbeeld voor commerciële belangen? Hoe denkt de minister over een opt-out voor het delen van deze bijzondere persoonsgegevens? Over het commerciële gebruik van de zorgdata maakt onze fractie zich zorgen. De wet stelt dat de data alleen voor de kwaliteitsverbetering gebruikt mogen worden, maar hoe wordt dit bewaakt? Wat gebeurt er als de zorgdata bijvoorbeeld via tussenpartijen alsnog in commerciële analyses terechtkomen? Graag een heldere toelichting hierop.

De wet wil bijdragen aan een administratievelastenverlichting. Dat steunen wij. Zeker op het platteland, waar de zorgverleners steeds meer tijd kwijt zijn aan regels en systemen. Maar dit moet ook echt concreet gemaakt worden. Welke maatregelen zorgen ervoor dat de zorgverleners niet nog meer tijd kwijt zijn aan dataverzameling, -pseudonimisering en -verantwoording? Kunnen we daar een overzicht van ontvangen?

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, is er een interruptie voor u van mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ja, ik vroeg me even af wat mevrouw Rijkers precies bedoelde met "in handen komen van commerciële partijen". Dat is volgens mij wat zij zei. De reden waarom ik de vraag stel, is dat een deel van de zorg waarvan de kwaliteit wordt geregistreerd — denk aan medicijnen of bepaalde apparaten die nodig zijn voor bestraling — ook vaak in handen is van commerciële partijen. Waar begint en eindigt het dan voor mevrouw Rijkers? Wanneer gaat zij zich er ongemakkelijk bij voelen?

Mevrouw Rijkers-Oosterkamp (BBB):

Dat is een goede vraag. Dat is natuurlijk een heel dun lijntje, want wanneer het voor dat soort doeleinden gebruikt wordt, zijn wij ook voor het delen van deze gegevens.

De voorzitter:

Gaat u verder met uw betoog.

Mevrouw Rijkers-Oosterkamp (BBB):

Voorzitter. Vandaag zetten we een belangrijke stap in de goede richting, als we het goed uitvoeren, tenminste. Maar we mogen het zicht op de menselijke maat niet verliezen. Geen zorgsysteem kan zonder vertrouwen. Laten we juist zorgen dat dat vertrouwen gekoesterd blijft, het vertrouwen tussen patiënt en arts, tussen mens en mens. Laten we vooral niet vergeten waar de kwaliteit van de zorg echt om draait. Want artsen zien telkens weer dat zorg neerkomt op twee dingen: word ik beter en ben ik geholpen, en kan ik vertrouwen op mijn arts, de assistent en de verpleegkundige? Dat is kwaliteit van de zorg, en dat is kwaliteit die je nauwelijks in cijfers kunt vangen. Dit zijn dynamische kwaliteitsmeters: voelbaar, essentieel en maar lastig te meten.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we over naar de heer Diederik van Dijk van de SGP.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Dank u wel, voorzitter. Het betere is de vijand van het goede. Dat is een bekende, eeuwenoude uitdrukking. Ik kwam erachter dat er een boekje uit 1790 bestaat met de welluidende titel: Reglement Voor Alle Waere Vaderlanders. Daarin staat het al: "Het beter is den grootsten vyand van het goed." Ik moest daar bij de voorbereiding op deze wetsbehandeling aan denken, want niemand is tegen kwaliteitsverbetering in de zorg. Het registreren van ...

De **voorzitter**:

U mag van mij altijd uw zin afmaken, maar er is een interruptie van mevrouw Tielen.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Ik was zo verrast!

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Ik vind het mooi dat meneer Van Dijk oude bronnen aanhaalt, maar is hij het met mij eens dat het ook andersom kan zijn, dus dat het goede soms de vijand van het betere is?

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Dit vind ik een mooie interruptie. Misschien is het goed als ik eerst verderga met mijn betoog om uit te leggen hoe ik het bedoel, maar ik vind het een heel leuke interruptie. Speciaal voor mevrouw Tielen zal ik dan nog even de hele titel van het reglement noemen, want die vond ik toch wel heel mooi: Reglement Voor Alle Waere Vaderlanders, Om Hunnen Godsdienst Ongeschonden Te Bewaeren, En Hunne Vryheyd En Geluk Te Verhaesten En Te Verzekeren. Dat is een prachtige titel. Tegenwoordig wordt het neergelegd bij de overheid om vrijheid en geluk te verhaesten en te verzekeren. Ik ga er een andere toepassing aan geven. Daar kom ik op terug.

Het registreren van patiëntinformatie om de kwaliteit en effectiviteit van medicijnen of behandelingen te verhogen, is uiteraard zinvol. Goede zorg kan immers altijd beter. Echter, de laatste jaren zien we een forse toename van kwaliteitsregistraties, met name in de medisch-specialistische zorg. Dit verhoogt de administratieve lastendruk voor zorgaanbieders en zorgverleners. Het is niet altijd even duidelijk wat elke kwaliteitsregistratie precies toevoegt. Terecht dus dat de regering het aantal kwaliteitsregistraties beter wil beheersen. De constructie die hiervoor is bedacht, lijkt een tikje omslachtig, maar is hopelijk effectief. Er komt een openbaar register voor kwaliteitsregistratie en meetinstrumenten, dat wordt bijgehouden door het Zorginstituut en getoetst door twee zogenaamde governancecommissies.

De belangrijkste vraag die de SGP heeft, is: leidt dit registratieregister daadwerkelijk tot vermindering van het aantal kwaliteitsstandaarden en dus tot minder regeldruk? De Raad van State wijst op het risico dat er kwaliteitsregistratie in en buiten het openbare register zal ontstaan. Hoe wil de minister dit effectief voorkomen?

De minister doet de aanname dat kwaliteitsregisters die niet zullen worden opgenomen

in het openbare register hun nut zullen verliezen en daarom in de praktijk niet meer gebruikt zullen worden. Hoe stellig weet de minister dit?

Ik hoor vaak dat het vrijwel onmogelijk is om regels die ooit met alle goede bedoelingen in de zorg zijn ingevoerd weer te schrappen. Hoe wil de minister dit voor elkaar krijgen? Ik snap uiteraard dat zij geen verbod op niet-geregistreerde registraties wil invoeren, maar welke andere manieren ziet zij om een onwenselijke wildgroei van registraties buiten het openbare register om te voorkomen?

Tegen deze achtergrond vraag ik haar ook naar de evaluatie van de effecten van het wetsvoorstel. Ik begrijp dat dit wordt meegenomen met de reeds geplande evaluatie van de Wkkgz in 2029. Is dit inderdaad een logisch moment om te evalueren, vraag ik de minister. Kan er wellicht eerder en periodiek inzicht geboden worden in aantallen kwaliteitsregistraties, zowel in als buiten het openbare register?

Dit wetsvoorstel is in eerste instantie beperkt tot de medisch-specialistische zorg, omdat de behoefte aan dit wetsvoorstel in die zorgsector het grootst is. De SGP steunt dat. Het wetsvoorstel biedt echter al wel de mogelijkheid om per koninklijk besluit de wet uit te breiden tot alle zorg. De SGP vraagt zich af of dat verstandig is. Ik verwijs hierbij ook naar het heldere advies van de Raad van State op dit punt. De regering heeft tot op heden geen duidelijkheid geboden over de vraag wanneer en onder welke omstandigheden van de mogelijkheid tot uitbreiding naar alle zorgsectoren gebruik zal worden gemaakt. In de nota naar aanleiding van het verslag, die inmiddels al twee jaar oud is, staat dat de regering onderzoekt welk tijdspad haalbaar is voor de niet-medisch-specialistische zorgsectoren. Hoe staat het met dit tijdspad?

We hebben dit ook nagevraagd in het zorgveld, maar bij zorgpartijen die betrokken zijn bij dit wetsvoorstel is hierover niets bekend. Het zou nuttig zijn geweest als de minister de Kamer hierover in aanloop naar deze plenaire behandeling alvast had geïnformeerd.

De SGP is niet per definitie tegen uitbreiding van de wet naar alle zorg. Zeker niet, maar nu tasten we in het duister over de vraag op welke termijn en onder welke voorwaarden deze tamelijk ingrijpende uitbreiding zal plaatsvinden. Dat vinden we niet wenselijk. Ik wijs er ook op dat de Kamer hierbij geen formele rol meer heeft. We kunnen ons daarom voorstellen dat de uitbreidingsmogelijkheid in dit wetsvoorstel nu wordt geschrapt. Dat is staatsrechtelijk in ieder geval de meest zuivere route. Als de wens om de reikwijdte uit te breiden concreter is en goed onderbouwd kan worden, kan hiervoor te zijner tijd een separaat en volgens mij heel overzichtelijk wetsvoorstel worden ingediend. Op dat punt heb ik samen met mevrouw De Korte een amendement ingediend.

Tot zover mijn bijdrage, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we over naar de volgende spreker. Dat is de heer Krul namens het CDA.

De heer Krul (CDA):

Voorzitter. Zo staat ook een kapotte klok twee keer per dag goed. Ik citeerde

vanochtend een voorstel dat zomaar communistisch kon zijn geweest en wist mevrouw Tielen net nog feilloos Vladimir Lenin te citeren met "vertrouwen is goed, controle is beter". Zo zie je maar: we zijn allemaal af en toe een klein beetje communist.

Over dit wetsvoorstel. Het CDA heeft een kritische inbreng geleverd op het wetsvoorstel en is blij dat de minister het CDA op een tweetal punten tegemoet is gekomen. Maar we hebben nog een aantal vragen. We dienen zelf een amendement in en we hebben twee amendementen samen met de fractie van GroenLinks-PvdA ingediend. Het rondetafelgesprek over deze wet bracht een aantal punten naar voren, waardoor het CDA zich afvraagt of deze wet meerwaarde heeft. Regelen wij het nu goed? Volgens een wetenschapper is de wet eerder beperkend dan bevorderend op de mogelijkheid van wetenschappelijk onderzoek met zorgdata. Hoe zit het bijvoorbeeld als je onderzoek doet naar de eerste en tweede lijn? Een ander stelde dat het verplicht worden van kwaliteitsregistraties niet per se betekent dat ze ook openbaar worden. Dat is volgens hem precies het probleem met deze wetswijziging. Er staat namelijk niets over in. Graag een reactie van de minister.

Dan het Zorginstituut Nederland. Dat vreest voor juridische procedures van zorgaanbieders en medisch specialisten bij deze wet. Het stelt dat de publieke belangen van patiënten niet duidelijk genoeg verankerd zijn. De mogelijke juridische procedures worden veroorzaakt doordat de wet werkt met een open norm. Dat is voor het Zorginstituut Nederland lastig te toetsen. Wat vindt de minister van deze kritiek? Waarom is er gekozen voor een open norm?

De wet lijkt meer aan de wensen van de medisch specialisten tegemoet te komen dan aan de wensen van patiënten. Het perspectief van de patiënt ontbreekt wat ons betreft nog net te veel. Het CDA vindt dat de kwaliteitsregistraties meerwaarde voor de patiënt moeten hebben. Het uiteindelijke doel van het meten en het verzamelen van de data in de zorg is toch dat de kwaliteit van de zorg verbetert en dat mensen kunnen rekenen op betere zorg? Van niet alle kwaliteitsregistraties zijn nut en noodzaak evident duidelijk.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat, is er een interruptie van mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Herkent de heer Krul niet een aantal voorbeelden die ik in mijn inbreng deed? Daarbij was het aantoonbaar dat kwaliteitsregistraties hebben geleid tot minder overlijdens, minder complicaties, minder medicijngebruik, minder radiologie, enzovoorts enzovoorts.

De heer Krul (CDA):

Helemaal. Ik begon misschien een beetje met het zuur, maar het zoet komt straks. Mevrouw Tielen heeft wel degelijk gelijk. Kwaliteitsregistraties kunnen in veel gevallen leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg. Sterker nog, wij doen zelf een concrete suggestie hoe we dat kunnen verankeren. Ik denk dus helemaal in het straatje van mevrouw Tielen.

De voorzitter:

Dank u wel. Gaat u verder met uw betoog.

De heer **Krul** (CDA):

Ja, enfin. Kwaliteitsregistraties zijn belangrijk en kunnen de kwaliteit van zorg verbeteren. De vraag is echter of deze wet een oplossing biedt voor de brij aan registraties die we hebben. Het CDA vindt zo'n brij aan registraties geen wenselijke situatie, zeker niet vanuit het perspectief van de patiënt en vanuit het perspectief van transparantie over de kwaliteit van de zorg. Om hierin een stap vooruit te zetten, heeft het CDA een amendement ingediend. De inzichten uit kwaliteitsregistraties moeten opgenomen worden in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Het CDA vindt dat de kwaliteitsstandaarden, de professionele standaarden en de kwaliteitsregistraties meer met elkaar in verbinding moeten staan en dat de praktijk van alledag voor de patiënt meer wettelijk geborgd moet worden.

Laat me dat iets verder toelichten. Het doel van ons amendement is om kwaliteitsregistraties meer te laten bijdragen aan de lerende zorgpraktijk. Immers, het is belangrijk om data te verzamelen, maar het gaat er uiteindelijk om wat je ermee wilt bereiken, namelijk betere zorg voor de patiënt. Het is dus ook belangrijk om vast te stellen dat nieuwe inzichten uit kwaliteitsregistraties kunnen leiden tot het aanpassen van het werk van zorgverleners. Dat is die standaard. In de zorg is dit vooral vastgelegd in kwaliteitsstandaarden en professionele standaarden van bijvoorbeeld beroepsgroepen. Hoe willen wij dat nu regelen? In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg is onder artikel 2 opgenomen wat de definitie is van goede zorg. De definitie van goede zorg is op dit moment "onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau, waarbij zorgaanbieders en zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden". Wij stellen voor om vier woorden aan deze zin toe te voegen: voortvloeiende uit de professionele standaarden, de kwaliteitsstandaarden en inzichten uit kwaliteitsregistraties. Het CDA vindt dit belangrijk, omdat we hiermee de behandeling en de uitkomst beter aan elkaar koppelen, om zo tot uitdrukking te brengen dat dit een continu proces is. Goede zorg, en wat goede zorg betekent, is een zich continu ontwikkelend proces. Maar ik zeg er ook gelijk bij dat dit wel een ingrijpend voorstel is, want feitelijk doen wij een aanpassing van de term "goede zorg". Daarom stellen we voor om deze specifieke bepaling, onder punt 4, ook te evalueren.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er is een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik vind het heel interessant wat de heer Krul zegt, maar wat beoogt hij hiermee? Die denkstap heb ik nog niet gezet. Wellicht kan de heer Krul dat toelichten.

De heer **Krul** (CDA):

Het zou bijvoorbeeld kunnen dat de inzichten die verkregen worden door de kwaliteitsregistraties ertoe leiden dat professionele standaarden en kwaliteitsstandaarden veranderen. Dat zou heel goed kunnen. Doordat je dat op deze manier borgt, maak je de koppeling tussen enerzijds de behandeling en de uitkomst. De uitkomst registreren we en dat kan leiden tot inzichten die de behandeling verbeteren. Dat borg je dan wettelijk. Het is goed dat we data verzamelen. Hiermee maak je ook de koppeling hoe we met die data de zorg en de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank, dit helpt al. Ik denk dan ook meteen aan passende zorg. De heer Krul zegt: hoe kunnen we de behandeling verbeteren? Maar de combinatie van deze gegevens kan ook als uitkomst hebben dat je de behandeling stopt, omdat die niet van voldoende kwaliteit is of omdat die niet oplevert waar de patiënt het meeste baat bij heeft. Ik ben benieuwd wat de heer Krul daarvan vindt.

De heer **Krul** (CDA):

Ja, dat is een goeie vraag. Als uit de inzichten die opgedaan worden uit de kwaliteitsregistratie blijkt dat de zorg niet passend is, dan heb je meteen iets te pakken, zeg maar. Dat zou dus kunnen. Ik ben het volgende met mevrouw Paulusma eens, als ik het op deze manier mag formuleren. In het kader van passende zorg kan soms, zoals in dit geval, het niet bieden van bepaalde zorg, omdat die niet passend is, ook een uitkomst zijn van de data die je ophaalt voor bepaalde beroepsgroepen of voor een bepaalde behandeling. Dat is dan ook een conclusie waarmee je de zorg kunt verbeteren.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik sla even aan op "dan heb je wat te pakken". Wat heeft de heer Krul dan te pakken?

De heer **Krul** (CDA):

Nu moet ik mezelf recenseren. De vraag wat passende zorg is, betekent niet altijd dat iets een betere behandeling is. Soms kan dat ook het niet aangaan van een bepaalde behandeling betekenen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er is een interruptie van mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Ik sloeg ook even aan op dat de zorg kan worden aangepast op basis van de inzichten uit het kwaliteitsregister. Ik vind dat een beetje ingewikkeld. Bij professionele standaarden ga je uit van onderzoeken. Daar zit een soort zeef tussen doordat deskundigen bepalen, of doordat uit onderzoek volgt, of iets in een professionele standaard komt. Als je direct van een kwaliteitsregistratie, zonder daar die zeef tussen te passen ... Hoe gaat dat eigenlijk? Ik probeer me hier iets bij voor te stellen, maar ik kan dat even niet.

De heer **Krul** (CDA):

Die kwaliteitsregistraties zijn nou juist een ongelofelijk goede bron voor heel goed onderzoek. Met dat onderzoek zou je bijvoorbeeld ook de professionele standaarden kunnen verbeteren. Die zeef zit dus wel degelijk ingebakken. Bij de definitie van goede zorg gaat het op dit moment om twee termen: de kwaliteitsstandaarden en de professionele standaarden. Daaraan voegen wij toe: met inzichten uit kwaliteitsregistraties. Die zeef zit dus eigenlijk al in de definitie van goede zorg. Dit is natuurlijk geen vervanging van de professionele standaard. Onze stelling is dat die professionele standaard en, met name, zo'n kwaliteitsstandaard zich continu ontwikkelen. De term "goede zorg" is een zich continu ontwikkeld begrip. Wat vijftien jaar geleden goede zorg was, zouden we nu al niet meer als "goede zorg" bestempelen. Dat

is nou het mooie van kwaliteitsregistraties: met die inzichten kun je de zorg verbeteren. Dat is onze stelling.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Ik ben het er zeker mee eens dat met kwaliteitsregistraties de zorg verbeterd kan worden, maar eigenlijk kunnen daarmee ook de professionele standaarden verbeterd worden. Als je hetzelfde zou doen en daaraan "op basis van onderzoek" zou toevoegen, dan ... Er is toch een soort zeef nodig om vanuit de uitkomsten van de kwaliteitsregistratie uiteindelijk weer de professionele standaard te veranderen. Bent u het er niet mee eens dat de professionele standaard op zich gebaseerd is op de uitkomsten van het kwaliteitsregister? En dan hoeft die kwaliteitsregistratie er dus eigenlijk niet bij.

De heer **Krul** (CDA):

Dat is dus niet evident. Er is nergens een verankerde koppeling tussen wat we van kwaliteitsregistraties leren en hoe we daarmee de professionele norm en de kwaliteitsstandaarden beïnvloeden. Mevrouw De Korte zou dat evident kunnen vinden: je gaat met de uitkomsten van die kwaliteitsregistraties continu kijken hoe je de professionele standaarden of de kwaliteitsstandaarden kunt verbeteren. Maar dat is nou precies wat niet wettelijk verankerd is en exact wat wij nu regelen! Het zou alleen maar niet nodig zijn als mevrouw De Korte zegt: "Dat is niet nodig, want wij weten nu al dat met dit wetsvoorstel en die registraties er een continu proces is. Er is een iteratief proces van "wat is goede zorg?". Dan zou het niet nodig zijn, maar dat is nou net het probleem, want dat hebben we niet verankerd.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Ik ben ervan overtuigd dat professionele standaarden juist ook het proces hebben van verbeteren en verbeteren door inzichten vanuit onderzoek van kwaliteitsregistraties. Wat ons betreft hoeft er dus niet een kwaliteitsregistratie aan de wet toegevoegd te worden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Meneer Krul, wilt u nog reageren? Er zit geen echte vraag in.

De heer **Krul** (CDA):

Nee, ik denk het niet.

De **voorzitter**:

Dan de heer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik denk ook niet dat de Kamer moet gaan micromanagen, maar ik heb misschien wel een micromanagementvraag. Vanwege die zin in het amendement en het interruptiedebatje dat zojuist werd gevoerd, wil ik proberen te begrijpen wat het amendement beoogt. Maar dan ontikom je er dus niet aan om te gaan micromanagen.

Er staat in de eerste alinea: waardoor koppeling mogelijk is tussen behandeling en uitkomsten. Dat is wat er staat en ik vind dat eigenlijk wel een risico. Een behandeling kan namelijk wel de juiste behandeling zijn, terwijl de uitkomst geen goede uitkomst is, omdat er zo veel variabelen zijn die een goede uitkomst kunnen beperken. Als je die

koppeling maakt, brengt dat het risico met zich mee dat je zegt: de uitkomst van de behandeling is een-op-een een logische". Ik ben geen medicus, maar voor de medische wereld is dat een hele lastige, omdat er te veel variabelen zijn die los van de juiste behandeling toch een verkeerde uitkomst kunnen geven.

De heer **Krul** (CDA):

De heer Claassen is meer medicus dan ik ben; laten we dat even vooropstellen. Dit sluit, denk ik, ook een beetje aan bij wat mevrouw De Korte zegt, namelijk: moet er toch niet een zeef zijn tussen enerzijds de kwaliteitsregistraties en anderzijds de impact daarvan op de term "wat is goede zorg?" Dat is dan een omissie, zeg maar, die wij in de toelichting beter hadden kunnen toelichten.

Wat ons betreft is die verbinding natuurlijk evident. Het is niet zo dat je naar de kwaliteitsregistraties kijkt en zegt: "Oké, wat komt daar nou uit. O, dan gaan we hiermee professionele standaarden of kwaliteitsnormen direct aanpassen." Maar het kan wel een iteratief proces zijn, waarbij je dus kijkt wat voor inzichten ... Dat zeggen de wetenschappers ook. Zij zeggen: deze registraties kunnen ons enorme goede inzichten opleveren, waarmee we de zorg kunnen verbeteren.

Maar die link is op dit moment niet evident gelegd en dat is wat wij eigenlijk beogen. Het zou kunnen zijn dat in heel veel gevallen de staande praktijk gewoon is zoals die is en dan hoor ik dat ook graag van de minister. Maar het zou ook kunnen zijn dat er in die brei van registraties op dit moment best wel veel verloren gaat. Er gaan inzichten verloren die eigenlijk een goede impact hadden kunnen hebben op de verbetering van de kwaliteit van zorg.

De **voorzitter**:

De laatste interruptie voor de heer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Tot slot, voorzitter. Wellicht zit er dan toch het gevaar in dat die koppeling onbedoeld wel wordt gemaakt. Als het de bedoeling is dat het leidt tot retrograad kijken naar wat het betekent voor de zorg die we leveren en als het niet gebruikt wordt om oordeelsvormend te zijn, dan is het risico volgens mij veel minder. De vraag aan de heer Krul en misschien ook aan de minister is dan of dit systeem gaat leiden tot oordeelsvorming of tot reflectie van behandelaren in algemene zin? Ik ben benieuwd hoe meneer Krul dat ziet.

De heer **Krul** (CDA):

Ik snap het dilemma dat de heer Claassen schetst heel goed. We moeten het eerste wat hij beschrijft niet als doel op zich bestempelen en ook gewoon voorkomen. We kunnen daar in de tweede termijn nog goed naar kijken. We hebben zeker nog wel even; we stemmen ook na het reces. Het gaat ons erom dat je de inzichten die je zou kunnen gebruiken vanuit die kwaliteitsregistraties ten goede brengt aan de kwaliteit van de zorg.

De **voorzitter**:

Gaat u verder met uw betoog.

De heer **Krul** (CDA):

Goed, voorzitter. Over die kwaliteitsregistratie dan. Het landschap daarvan kunnen we

nog het beste vergelijken met een bord spaghetti. Het eet makkelijk weg, want uiteindelijk wil iedereen meer kwaliteit. Maar het is onduidelijk waar nu het begin is en waar het einde, laat staan voor de patiënt. Zie ook het Volkskrantartikel van 11 februari waarin werd gesteld dat de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen groot zijn en dat de patiënt dat niet weet. Mevrouw Tielen had daar in haar inbreng een paar mooie voorbeelden van.

Hoe kunnen kwaliteitsregistraties de patiënt helpen om keuzes te maken over bijvoorbeeld de behandeling? Kunnen we daarvoor inzichten uit die registraties gebruiken? Uiteindelijk is dat immers waar we het voor doen: een lerende zorgverlener en/of arts, om steeds betere zorg aan de patiënt te geven. Betekent dit dan ook een verplichting tot openbaarheid van de registraties? Wat is nu precies de rol van de zorgverzekeraars? Gaat dit wetsvoorstel op termijn bijdragen aan de zorginkoop op basis van prijs en kwaliteit van zorg?

Een probleem dat blijft en dat de minister wat het CDA betreft nog steeds niet getackeld heeft, is dat er straks twee soorten kwaliteitsregistraties bestaan: die in het register en die buiten het register. In de nota naar aanleiding van het verslag staat het volgende. "Omdat nut en noodzaak van kwaliteitsregistraties die niet in het register zijn opgenomen, niet zijn vastgesteld, is de verwachting in de medisch specialistische zorg dat zorgaanbieders geen gegevens leveren aan dergelijke kwaliteitsregistraties, vanwege de administratieve lasten en kosten." Waar baseert de minister deze verwachting op? Is er geen stok achter de deur? Waarom is er niet gekozen voor een wettelijke verplichting om een kwaliteitsregistratie in te schrijven in het register en daarmee het vervallen van alle niet-ingeschreven registraties? Graag een reactie.

We lopen er bij de aanpak van administratieve lasten in de zorg tegenaan dat er meer regels bijkomen in plaats van dat er regels afdaan. In hoeverre gaat dat ook gelden voor kwaliteitsregistraties? Als dat zo is, welke mogelijkheden zijn er dan om het landschap van de kwaliteitsregistraties beter in te richten? Hebben we dan niet een kans gemist?

Dan heeft het CDA nog een aantal vragen over gegevensverwerking bij kwaliteitsregistraties. Op 23 juni 2023 is er een brief naar de Kamer gestuurd over de uitwerking van de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord ten behoeve van de standaardisatie van gegevensuitwisselingen. Voor de periode tot 2026 is 1 miljard beschikbaar gesteld. Hoe verhoudt dat zich tot dit wetsvoorstel? Wat betekent dit voor de standaardisatie van de gegevensuitwisseling bij kwaliteitsregistraties? De regering schrijft in de nota naar aanleiding van het verslag in antwoord op onze vraag hierover dat de geautomatiseerde levering van data nog altijd niet mogelijk is. Wanneer wel, en waarom wordt dat niet als eis gesteld in de onderhevige wet? Waarom wordt er geen streefdatum genoemd per wanneer het geregeld moet zijn? Of kan de minister hier misschien een streefdatum presenteren?

Voorzitter, tot slot. Partijen in het IZA werken onder regie van VWS aan het wegnemen van knelpunten om ervoor te zorgen dat elektronische gegevensuitwisseling de standaard wordt. Het CDA heeft het idee dat dit nog steeds in de kinderschoenen staat. Hoever zijn we hier nu precies mee? Echt tot slot nog even dit: zorgverzekeraars dragen nu financieel bij aan de kwaliteitsregistraties die opgenomen worden in het register.

Dragen zij ook bij aan de standaardisatie van de gegevensuitwisseling?

Tot zover.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we toe aan de laatste spreker van de zijde van de Kamer, en dat is mevrouw Paulusma van D66.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Het heeft enige tijd geduurd voordat deze wetsbehandeling kon worden ingepland, terwijl het zorgveld met smart wacht, net als patiënten. Laat ik het dus niet langer maken dan nodig is. Wat D66 betreft is dit in de basis een goed voorstel. We kunnen de kwaliteit van zorg alleen verbeteren als we de kwaliteit op een eenduidige manier meten. Er is een wildgroei aan verschillende keurmerken en registraties ontstaan. Dat is niet alleen vervelend voor mensen in de zorg, die aan al die administratieve eisen moeten voldoen om informatie te leveren, maar het is ook nog eens heel vervelend voor patiënten als ze niet goed weten waar ze aan toe zijn. Mevrouw Tielen gaf al een aantal zeer aansprekende voorbeelden. Deze wet geeft patiënten transparante informatie om een weloverwogen keus te maken voor een zorgaanbieder. Bovenal zorgen de kwaliteitsregistraties voor betere zorguitkomsten. Een broodnodige wet dus wat D66 betreft.

Wel heb ik nog een aantal vragen aan de minister over waar de wet misschien nog beter kan. Ik zie ook een grote koerswijziging bij deze minister, want tot mijn verbazing omarmt de minister geheel, in tegenstelling tot in haar tijd in de Kamer, het belang van gegevensuitwisseling in de zorg. De minister gaat zelfs nog verder en zegt dat een opt-out wat haar betreft helemaal niet nodig is. In haar brief van gisteren schrijft de minister: "De gegevens worden gepseudonimiseerd aan de bron. Ze zijn niet meer herleidbaar. De kans op misbruik is uiterst klein." Wat een goed nieuws dat deze minister eindelijk het belang van datadeling ziet. Maar wat is nu eigenlijk de appreciatie van deze minister op het amendement ingediend door haar eigen partij, de PVV? Dat wordt mij namelijk niet duidelijk. Of eigenlijk: spreekt met ze haar appreciatie haar eigen brief niet tegen? Graag een reactie.

Voorzitter. De kwaliteitsregistraties worden nu alleen beperkt tot de medisch-specialistische zorg, terwijl we juist ook de langetermijneffecten willen meten. We zetten met het hele veld een beweging in naar passende zorg en netwerkzorg, waarbij patiënten ook vaker buiten het ziekenhuis geholpen gaan worden. Het zou daarom juist heel nuttig zijn om effecten en kwaliteit van zorg over alle lijnen of over alle domeinen — het maakt me niet uit hoe we het noemen — heen te kunnen meten. Kan de minister aangeven welke plannen zij hiervoor heeft, juist ook om de administratieve lasten van zorgprofessionals zo laag mogelijk te houden?

Voorzitter. Deze wet is een goede eerste stap, maar wat wordt de volgende hierin, vraag ik aan de minister.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Daarmee zijn we gekomen aan het einde van de ... Nee, mevrouw De Korte zegt dat het nog niet zover is. Een interruptie van mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Het ging inderdaad zo snel. Ik hoor inderdaad dat mevrouw Paulusma het prima vindt dat alles gedeeld wordt, maar ik hoor helemaal niets over databeveiliging, terwijl daar toch wel heel erg veel risico's in zijn. We hebben dat ook gehoord bij het rondetafelgesprek. Vindt mevrouw Paulusma het nu voldoende beveiligd of vindt ze beveiliging niet belangrijk, omdat de registratie vooropstaat?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ben wel een beetje klaar met wat mevrouw De Korte mij altijd in de mond wil leggen. Ik heb helemaal niet gezegd dat het prima is dat alles gedeeld wordt. Ik heb gezegd dat deze wet een eerste goede aanzet geeft om de zorg voor patiënten te verbeteren en de administratieve lasten van zorgprofessionals te verlagen. Ik sta hier al jaren te strijden voor een opt-out in de zorg, niet alleen in de spoed maar overal. Daarmee heb ik ook iets gezegd over de inspraak van burgers. Ik heb ook altijd een sterk pleidooi over beveiliging. Er gaat hier helemaal niks over de toonbank zonder dat het beveiligd is. Leg mij dat nou niet in de mond. Laat deze minister aan de slag gaan. Dat komt patiënten ten goede.

De voorzitter:

Mevrouw De Korte voor haar laatste interruptie.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Ik ben ontzettend blij om te horen dat mevrouw Paulusma ook voor beveiliging gaat, dus wat dat betreft ... Ja, maar ze had het niet gezegd. Ik vind het zo vervelend; ze zit meteen te zuchten. Maar ik spreek u gewoon aan over iets wat u niet gezegd hebt. Ik ben blij met uw beantwoording dat u beveiliging ontzettend belangrijk vindt.

De voorzitter:

Geen echte vraag, maar wilt u nog reageren, mevrouw Paulusma?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Nou, het is gewoon zo oncollegiaal, want iets wat je niet gezegd hebt, hoeft niet je standpunt te zijn. Het is een beetje jammer dat NSC dit soort dingen altijd nodig heeft om nog even een kleine interruptie te plegen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we nu écht gekomen aan het einde van de eerste termijn van de kant van de Kamer. Ik ga schorsen voor de dinerpauze, zodat de minister de tijd heeft om de antwoorden bij elkaar te zoeken. Er zijn negen amendementen ingediend. Ik hoop dat er een appreciatie van de negen amendementen komt — eentje is al geapprecieerd door de minister — zodat die ook meegenomen kunnen worden in de beantwoording in eerste termijn van de minister. Ik schors voor een uur tot 19.20 uur.

De vergadering wordt van 18.22 uur tot 19.22 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen de vergadering. Aan de orde is de Wet kwaliteitsregistraties zorg. We hebben de eerste termijn van de kant van de Kamer gehad. Het woord is nu aan de minister voor haar eerste termijn. Ik wil ook in deze termijn zes interrupties toestaan. Ik hoop dat iedereen het kort en bondig houdt, ook de minister. Het woord is aan de minister.

Minister Agema:

Dank u wel, voorzitter. Ik heb een aantal blokjes. Het eerste is doel en reikwijdte, het tweede opt-out en privacy. Dan administratieve lasten, toetsing, varia en de amendementen.

Voorzitter. De heer Bushoff, mevrouw Tielen en mevrouw Paulusma hebben ook wat tijd besteed aan het doel van de voorliggende wetgeving. Kwaliteitsregistraties bestaan natuurlijk al heel erg lang en hebben tot doel om de zorg beter te maken en professionals te laten leren van hun eigen zorgproces. Sinds de jaren zestig doen we dat al, zoals ik zojuist zei. Dat deden we ook altijd al gepseudonimiseerd. In 2015 veranderde de wet, waardoor dat niet meer kon en er ook geen grondslag meer is. Mijn voorganger heeft daarom deze wet gemaakt. Ik heb die met plezier overgenomen, omdat het belangrijk is om de grondslagen goed te regelen, de privacy goed te regelen, de waarborgen op basis waarom goed te regelen en de toetsing goed te regelen. Daarom vind ik het goed en ben ik er blij om dat we vanavond hier bij elkaar zijn om de zorg weer een stukje beter te maken. Ik dank dan ook iedereen voor zijn constructieve bijdragen. Negen amendementen hebben we te bespreken; zo zie je toch maar weer dat Kamerleden erg betrokken zijn bij de onderwerpen die voorliggen.

Op het punt van de reikwijdte stelde de heer Bushoff de vraag hoe ik aankijk tegen de betrokkenheid van de Kamer bij het uitbreiden van het wetsvoorstel naar andere zorg dan medische zorg. Ik begrijp de wens dat er parlementaire betrokkenheid moet zijn. Er zit natuurlijk wel een groot gat tussen parlementaire betrokkenheid en het voorstel van de heer Van Dijk om dan meteen met nieuwe wetgeving te komen. Mijn voorstel zou zijn om een voorhang te doen bij een AMvB of een ministeriële regeling. Ik denk dat dat voor de Kamer misschien een tussenweg kan zijn, maar dat hoor ik graag. Wellicht is hij bereid om zijn amendement in die geest aan te passen.

De voorzitter:

Daar rolt direct al een interruptie van de heer Van Dijk uit.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

Ik wil daar meteen op reageren, omdat het raakt aan mijn amendement. Ik heb wel nagedacht over een voorhang op een inwerkingtredingsbesluit, maar ik heb mij laten overtuigen door de juridische literatuur waarin dat een "staatsrechtelijk gedrocht" wordt genoemd. Het heeft ook sinds 2013 niet meer plaatsgevonden.

Minister Agema:

Nee.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

Ik zal niet de hele redenering daaromtrent ophangen, maar de gedachte achter de kwalificatie "gedrocht" is als volgt. De Tweede Kamer stemt in met een bepaald

wetsvoorstel en wil dan ook dat het in werking treedt. Dan wil je het licht niet voorwaardelijk op groen zetten, met daarbij de mogelijkheid dat de verdere uitbreiding, die al in het wetsvoorstel staat, weer terug zou worden gedraaid. Daarom mijn staatsrechtelijk zuivere route, temeer ook daar er nog helemaal geen aanvang is gemaakt met die uitbreiding en alles wat daarbij komt kijken: maak er t.z.t. een eenvoudig nieuw wetsvoorstel van. Ik denk dat dat de meest nette route is en vraag of de minister zich daarin kan vinden.

Minister Agema:

Nou, ik zal niet meteen opnieuw het woord "gedrocht" in de mond nemen, maar het is wel een lang traject. Het Zorginstituut is natuurlijk al een poosje bezig met kwaliteitsregistraties. Iemand anders had hier ook een vraag over. Er zijn al 45 adviezen gemaakt, dus we zijn er redelijk snel aan toe. Het zou zo jammer zijn voor het belang van de kwaliteitsregistraties als die oponthoud ondervinden omdat wij een heel nieuw wetstraject met elkaar in moeten gaan. Dus het gedrocht van een voorhang, om uw woorden over te nemen, ga ik met alle liefde aan, want ik denk dat dat de beste route is.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

Toch, ik gaf het al aan. Misschien loop ik nu enigszins op de beantwoording vooruit, maar ik wees er in mijn bijdrage al op dat in de nota naar aanleiding van het verslag al twee jaar geleden werd gesproken over een onderzoek. We hebben er daarna nooit meer iets van gehoord, over hoe we die uitbreiding vormgeven en onder welke voorwaarden. Daar komt toch heel wat bij kijken. Ik heb wat contacten gelegd met organisaties in het veld, die nog op geen enkele manier betrokken zijn bij die mogelijke uitbreiding. Dus in die zin is er toch alles voor te zeggen om dit gewoon netjes en ordentelijk t.z.t. desgewenst in een nieuw wetsvoorstel te regelen?

Minister Agema:

Ik ben het niet met de heer Van Dijk eens, want, zoals ik zojuist ook al zei, dan beginnen we helemaal opnieuw. Het zou jammer zijn als we helemaal opnieuw beginnen en eigenlijk een debat zoals dat van vandaag goeddeels overdoen, maar het dan over de langdurige zorg, de ggz of een andere zorgsector hebben. Met alle liefde kom ik ergens in het midden uit en doe ik een voorhang op mijn voornemens. Dus niet een koninklijk besluit, maar een voorhang. Ik denk dat dat een goede oplossing is om tot elkaar te komen. Ik denk dat dat het meest praktische is. Dan heeft de Kamer ook haar inzicht. We hebben nog heel wetstrajecten met elkaar te doen en ik zou het heel jammer vinden als deze onderaan de stapel komt, terwijl de rechtmatigheid van de kwaliteitsregistraties ook bijzonder belangrijk is en de voordelen die we hiermee willen behalen.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

De laatste keer op dit punt. Dan verbaast het mij wel oprecht dat wij als Kamer helemaal niet op de hoogte zijn gesteld van hoever het dan staat met de voorbereiding op die mogelijke uitbreiding naar alle zorgvelden, want daar komt toch heel wat bij kijken. Dus wat is dan het tijdspad? Hoelang kan dat duren en is het dan inderdaad niet denkbaar dat binnen die tijd ook gewoon netjes met alle betrokkenheid van de Kamer van dien een wetsvoorstel wordt behandeld? Dat is toch geen onmogelijkheid?

Minister Agema:

Ja, maar ik denk dat dat toch te lang gaat duren. Dus mijn handreiking naar de heer Van

Dijk is een aanpassing van het amendement, waarbij er een voorhang in wordt gevoegd. Dan kan ik dat amendement oordeel Kamer geven en zijn we denk ik met z'n allen op een spoor waarbij we de wind in de zeilen houden.

De voorzitter:

Dat gaat om het amendement op stuk nr. 25. In deze vorm ontraadt u dat dan, denk ik.

Minister Agema:

Ja. Dan mevrouw De Korte: hoe kijkt u aan tegen betrokkenheid van de Kamer ... O, nee. Wacht.

De voorzitter:

Er is nog een interruptie van mevrouw Tielen.

Mevrouw Tielen (VVD):

Ja, want ik hoor heel goed wat de minister zegt, maar ik luister ook naar de woorden van meneer Van Dijk. Ik heb het gevoel dat hij nog niet direct staat te springen om het amendement aan te passen, maar toch denk ik dat de toevoeging van de minister best een goede zou kunnen zijn. Hoe werkt dat dan procedureel? Kan de minister dan een soort nota van wijziging indienen of vraagt zij om een ander amendement? Hoe moet dat?

Minister Agema:

Deze noviteit heb ik ook nooit eerder aan de hand gehad, dus ik kijk heel even naar het ambtenarenvak. Dat moet ik in de loop van het debat ...

De voorzitter:

Het kan beide volgens mij. De Kamer kan nog een amendement indienen tot en met de stemmingen. Dus dat is een optie.

Minister Agema:

De Kamer kan nog een amendement indienen tot de stemmingen en ik kan later ook nog even terugkomen op wat de mogelijkheden zijn.

De voorzitter:

De heer Diederik van Dijk.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

Misschien kan ik een klein stukje helpen, inderdaad. Ik wil zeker nog even nadenken over zo'n nieuw amendement en ik sluit zelfs niet uit, om alles op tafel te leggen, dat ik ze allebei indien. Dan laat ik aan de Kamer wat het beste wordt geacht. Ik kom hierop terug.

De voorzitter:

Dank u wel. De minister gaat verder.

Minister Agema:

Dan de heer Claassen: "Waarom deze omvangrijke en ingrijpende wet om bijzondere persoonsgegevens te verwerken zonder toestemming? Er zijn al zoveel programma's

waarin dit gebeurt. Waarom vindt u het wiel opnieuw uit en gaat dit conflicteren met wat er al is?" Sinds jaar en dag, zoals ik in mijn introductie al zei, werken kwaliteitsregistraties met bijzondere persoonsgegevens zonder toestemming van de patiënt. Er worden dus geen bestaande systemen vervangen. Dit wetsvoorstel voorziet juist in de noodzakelijke grondslag voor de werkwijze van de kwaliteitsregistraties. Dit voorstel dateert dus van ruim voor de EHDS. Met de EHDS zal ik dan ook bezien wat de consequenties zijn voor de kwaliteitsregistraties.

Waarom negeert de minister de signalen van medisch onderzoekers die waarschuwen dat dit voorstel hun werk moeilijker maakt? Het is een bewuste keuze om dit wetsvoorstel te beperken tot de doelen leren en verbeteren en samen beslissen. Daarmee blijven de gepseudonimiseerde gegevens alleen toegankelijk voor kwaliteitsregistraties en zorgaanbieders en zorgverleners. Voor wetenschappelijk onderzoek biedt, net als in de huidige situatie, de AVG grondslagen. Gebruik voor wetenschappelijk onderzoek wordt dus niet bemoeilijkt.

Mevrouw Rijkers-Oosterkamp: "Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de noodzakelijkheid van de kwaliteitsregistratie altijd voldoende wordt aangetoond?" Iedere kwaliteitsregistratie moet op grond van het wetsvoorstel worden getoetst aan de criteria noodzakelijkheid, proportionaliteit en subsidiariteit. Daar wordt ook op getoetst door het DGC en het Zorginstituut. Die toets gaat verder dan alleen de toets op noodzakelijkheid. Zelfs als de noodzakelijkheid is onderbouwd, maar niet is voldaan aan de vereisten van proportionaliteit en noodzakelijkheid, komt de kwaliteitsregistratie niet door de toetsing. "Vandaag zetten we een stap in de goede richting", zegt mevrouw Rijkers-Oosterkamp. "Maar we mogen niet het vertrouwen van patiënten verliezen. We mogen niet vergeten waar het bij de kwaliteit van zorg echt om draait: word ik beter, dan ben ik goed geholpen." Dat ben ik helemaal met haar eens. Deze wet biedt inderdaad weer een stap in de richting van nog betere kwaliteit van zorg. Inzichten uit kwaliteitsregistraties bieden duidelijk meerwaarde.

De heer Van Dijk: "De Raad van State wijst op het risico dat er kwaliteitsregistraties in en buiten het openbaar register zullen ontstaan. Hoe wil de minister dit voorkomen?" Gelet op de samenwerkingsafspraken tussen HLA- en MSZ-partijen zal de huidige financiering van kwaliteitsregistraties die niet in het register worden opgenomen, worden stopgezet. De afspraak is ook dat zorgaanbieders aan deze kwaliteitsregistraties geen gegevens zullen leveren vanwege de administratieve lasten en kosten. Bovendien ontvangen registraties die niet in het register worden opgenomen geen grondslag om gegevens te mogen verwerken. Dat betekent dat zorgaanbieders van alle cliënten toestemming zullen moeten hebben, een opt-in, om de gegevens te mogen verstrekken aan kwaliteitsregistraties die niet in het register worden opgenomen. Voor hen is dat dus een verhoging van de administratieve lasten. Volgens mij had de heer Krul die vraag ook gesteld.

De heer Van Dijk: "De minister neemt aan dat kwaliteitsregisters die worden opgenomen in het openbaar register hun nut verliezen en daarom in de praktijk niet meer gebruikt zullen worden." Volgens mij heb ik dat net beargumenteerd.

Dan de heer Van Dijk: "Ik snap uiteraard dat ze geen verbod op niet-geregistreerde

registraties wil invoeren. Welke andere manieren ziet zij om een onwenselijke wildgroei aan registraties buiten het openbaar register om te voorkomen?" Met dit wetsvoorstel zorg ik voor beheersing. Zorgaanbieders hoeven alleen gegevens aan te leveren aan kwaliteitsregistraties die in het register staan. Daarmee wordt ook wildgroei aan registraties buiten het register om voorkomen, vanwege de duidelijkheid over welke registraties nuttig en nodig zijn en getoetst zijn door het Zorginstituut, hoge administratieve lasten en kosten voor de aanbieders, het ontbreken van financiering en het ontbreken van grondslagen voor gegevensverwerking. Mijn vermoeden is dat die kwaliteitsregistraties vanwege deze opstapeling van argumenten zullen verdwijnen.

Kan er eerder periodiek inzicht geboden worden in het aantal kwaliteitsregistraties, zowel in als buiten de openbare registers? In het register voor kwaliteitsregistraties bij het Zorginstituut wordt inzicht geboden in de aantallen kwaliteitsregistraties. Dat register geeft na inwerkingtreding de actuele stand van de aantallen kwaliteitsregistraties weer. Ik heb geen zicht op aantallen registraties buiten dat openbaar register om, maar wel beschik ik natuurlijk over informatie over de aantallen vanuit de toetsing door de Inhouds-governancecommissie en de Data-governancecommissie. Zij hebben nu 45 kwaliteitsregistraties getoetst. Daarvan hebben 40 kwaliteitsregistraties een positief advies gekregen en 5 een negatief advies. 16 kwaliteitsregistraties zitten nog in het toetsingsproces, 3 daarvan hebben een voorgenomen definitief negatief advies, 10 hebben een negatief conceptadvies en 3 kwaliteitsregistraties zijn in afwachting van hun eerste beoordeling. Ongeveer een derde valt dus af.

Een vraag van de heer Van Dijk: "In de nota naar aanleiding van het verslag, dat al bijna twee jaar oud is, staat dat de regering onderzoekt welk tijdpad haalbaar is voor de niet-MSZ-sectoren." In de ggz is men gestart met een onderzoek naar wat er nodig is om aan te sluiten bij dit wetsvoorstel. Er wordt bijvoorbeeld gekeken of er voor de ggz een ander toetsingskader nodig is. Voor de zomer van 2026 is deze verkenning afgerond. Uw Kamer wordt hierover geïnformeerd. Mij is niet bekend dat er in andere sectoren wordt gewerkt met kwaliteitsregistraties. Daarom is daar ook geen behoefte aan een grondslag. Als de reikwijdte van het wetsvoorstel wordt verbreed, zal ik bezien of er een wijziging nodig is voor de andere sectoren.

De heer Krul: "Gaaf dit systeem leiden tot oordeelvorming?" Het is de bedoeling dat de data van de kwaliteitsregistraties bijdragen aan leren en verbeteren. Het is dus niet vrijblijvend voor zorgverleners om al dan niet te handelen volgens de verkregen inzichten vanuit de kwaliteitsregistraties. Het gaat immers om de kwaliteit van zorg.

Waarom is er niet gekozen voor een wettelijke verplichting om een kwaliteitsregistratie in te schrijven in het register en daarmee voor het vervallen van alle andere kwaliteitsregistraties? De kwaliteitsregistraties die niet in het register worden opgenomen, hebben geen bewezen meerwaarde. Er is voor zo'n kwaliteitsregistratie dus geen draagvlak. Bovendien zal de huidige financiering van de kwaliteitsregistraties die niet in het register worden opgenomen, worden stopgezet, gezien de samenwerkingsafspraken tussen de hoofdlijnakkoord- en MSZ-partijen. De afspraak is ook dat zorgaanbieders aan deze kwaliteitsregistraties geen gegevens zullen leveren vanwege de administratieve lasten en kosten. Deze kwaliteitsregistraties zullen daarom verdwijnen.

Dan een vraag van de heer Krul. Hij ziet dat er steeds meer regels bij komen en vraagt in hoeverre dit geldt voor de kwaliteitsregistraties en welke mogelijkheden er zijn om het landschap voor kwaliteitsregistraties beter in te richten. Het wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid om te komen tot betere beheersing van kwaliteitsregistraties. Bovendien zetten we in op optimalisering van het kwaliteitsregistratielandschap. Daarmee kunnen we de inhoudelijke eis en de criteria voor de data-uitwisseling aanscherpen. Het is in het bijzonder aandacht voor de administratieve lasten en de kosten voor zorgaanbieders.

De heer Krul vraagt ook wanneer geautomatiseerde levering van gegevens aan kwaliteitsregistraties mogelijk is en of het wetsvoorstel hierop moet wachten. Er zullen in de loop van de tijd steeds hogere eisen kunnen worden gesteld aan standaardisatie in het dataverwerkingsproces om de administratieve lasten voor zorgaanbieders omlaag te brengen. Dit vereist wel dat ook ziekenhuizen hun ICT-systemen zo inrichten dat ze ook geautomatiseerd en gestandaardiseerd kunnen aanleveren. Door de eisen stapsgewijs te verhogen, krijgen niet alleen kwaliteitsregistraties maar ook ziekenhuizen de tijd om de vereiste professionaliseringsslag te maken. Maar daar wil ik met dit wetsvoorstel niet op wachten, want het heeft ook urgentie.

Dat was het blokje doel en reikwijdte.

De **voorzitter**:

Dat was het eerste blokje. Dan gaan we over naar het blokje opt-outs en privacy, maar niet voordat mevrouw De Korte nog een vraag heeft gesteld.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Misschien heb ik wat gemist, want het ging best snel en ik weet niet of ik in het goede blokje zit. Maar ik heb een duidelijke vraag gesteld over de voorwaardelijk opgenomen registraties en of die nu al aan de huidige voorwaarden voldoen zoals die in de ministeriële regeling staan, met name wat betreft de beveiliging van gegevens.

Minister **Agema**:

Eerder dachten wij de voorwaardelijke toelating eerder nodig te hebben om de bulk te kunnen verwerken, omdat het wetsvoorstel natuurlijk al even op zich heeft laten wachten. Maar omdat het Zorginstituut en de commissies al een poosje bezig zijn, is die niet meer nodig. Er zijn namelijk al 45 kwaliteitsregistraties. De voorwaardelijke toetsing is daarmee een artikel dat niet meer nodig is.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Maar de registraties die dus nu al getoetst zijn, zijn die getoetst onder de huidige voorwaarden zoals die nu in de ministeriële regeling staan?

Minister **Agema**:

Ja. Dus zodra de wet ingaat, kunnen we vaart maken.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Ik kom graag nog even terug op het laatste blokje, over de reikwijdte en de mogelijke uitbreiding. Ik blijf er namelijk wel een beetje over malen, zogezegd. Het hele wetsvoorstel is toegeschreven naar die medisch-specialistische zorg, niet naar al die

domeinen. Dan krijgen we straks de rare situatie dat we een wetsvoorstel aannemen dat door de minister wordt toegepast op alle zorgdomeinen, maar er vervolgens in een voorhangprocedure eigenlijk een hele wetsbehandeling moet plaatsvinden om te kijken of dit wel of niet geschikt is, ook voor alle andere zorgdomeinen. Dan komen we toch in een hele rare figuur terecht? Dus nogmaals: juist omdat dit hele wetsvoorstel ... Alle vragen gaan hier ook over de consequenties voor de medisch-specialistische zorg en niet over al die domeinen en onder welke voorwaarden het wetsvoorstel ook daarop goed van toepassing kan zijn. Begeven we onszelf dan niet in een hele rare situatie als we hier niet gewoon later een apart wetsvoorstel van maken?

Minister Agema:

Aan welke concrete verschillen denkt de heer Van Dijk dan? Kwaliteit van zorg is ook een generiek begrip, iets wat we in alle sectoren belangrijk vinden. Ik zie juist hele grote overlappen straks.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

Dat begrijp ik, maar ...

De voorzitter:

Ik wil iedereen wel verzoeken om te wachten ...

Minister Agema:

Wat ik verwacht, voorzitter, is ...

De voorzitter:

... tot u het woord krijgt. Dat geldt ook voor de minister overigens. De heer Van Dijk heeft het woord.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

Excuus.

Minister Agema:

Ik was nog niet uitgepraat, voorzitter.

De heer Diederik van Dijk (SGP):

O!

Minister Agema:

Ik was nog niet klaar.

De voorzitter:

Nou, dan heeft de minister het woord.

Minister Agema:

Ik verwacht dat als we de route van de heer Van Dijk volgen, we vooral eenzelfde debat zullen voeren, en niet een debat over grote verschillen. Of hij moet ze zien, maar ik zie ze niet als het gaat om de voorliggende wetgeving.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Dan raken we even aan een goed punt. In de nota naar aanleiding van het verslag werd niet voor niks al gesproken over onderzoek naar welk tijdpad mogelijk is. We zijn twee jaar verder, maar we hebben nog niks gezien. Niet voor niks wees de Raad van State hier ook op: doe dat nou niet op deze manier. Dus ik voorzie ... Inderdaad, ik kan het niet helemaal overzien, maar ik vermoed, gelet op de stukken en op het feit dat wij tot nu toe ook helemaal niks hebben gehoord van de verruiming naar alle zorgterreinen, dat er wel degelijk wat bij komt kijken. Dan is mijn punt dat de Kamer daar gewoon volwaardig bij betrokken moet zijn. Dat wordt volgens mij alleen maar gewaarborgd via een nieuw wetsvoorstel.

Minister **Agema**:

Ja, maar ik heb die vraag wel al eerder beantwoord. Voor de zomer van 2026 zal de verkenning zijn afgerond.

De **voorzitter**:

Dan gaat de minister verder met het blokje opt-out en privacy.

Minister **Agema**:

Voorzitter. Allereerst over het amendement van de heer Claassen, want ik merk dat er toch wel wat verschil van inzicht is tussen de heer Claassen en mijzelf. Daarom denk ik dat het belangrijk is om nog een paar punten aan te stippen. De strekking van het amendement is dat de cliënt kan aangeven dat hij niet wil dat zijn gegevens vanuit het ziekenhuis naar de kwaliteitsregistratie gaan en dat het ziekenhuis de cliënt over deze mogelijkheid moet informeren. Ik hecht aan zeggenschap voor de individuele burger over het uitwisselen van zijn gezondheidsgegevens. Die zeggenschap moet op zo'n eenvoudig mogelijke manier worden vormgegeven: simpel voor de burger om te kiezen en met zo min mogelijk administratieve lasten voor de zorgverlener. Dat kunnen wij bieden binnen de kaders van de EHDS. Dat wil ik dan ook binnen de kaders van de EHDS gaan regelen. Dat heb ik u gemeld in mijn brief van 7 april.

Hoe snel de dingen precies geregeld kunnen zijn, moet ik wel bezien, maar één ding is zeker: de uitwerking van de opt-out zit in de tweede tranche van de EHDS. De zorg van de heer Claassen — ik hoop dat wij nog tot elkaar kunnen komen — dat de uitwerking van de opt-out in de EHDS pas in 2031 zou komen, is dus niet terecht. De eerste tranche loopt tussen 2025 en 2027, de tweede tranche tussen maart 2027 en 2029 en de derde tranche tussen maart 2029 en 2031. Het is mijn voornemen om dit zo snel mogelijk uit te werken en om dit dus ook in de beginperiode van de fase van 2027 tot 2029 te kunnen invoeren. Het kan dus ook 2029 worden, maar mijn doel is om dat op een vlotte manier te doen. Ik zou dus niet willen dat we door het amendement van de heer Claassen aan te nemen in de voorliggende periode — dat heb ik eerder ook beargumenteerd in de richting van mevrouw Paulusma — de hele boel overhoop gaan gooien. Ik zou dus graag willen aansluiten bij het tijdpad van de EHDS, dat wij hier met elkaar nog gaan meemaken deze periode.

De **voorzitter**:

Ja, dank u wel. Het amendement had wel oordeel Kamer gekregen van u, toch? Dat was in een eerdere brief, dacht ik.

Minister **Agema**:

Ja, maar tijdens het debat blijkt dat de heer Claassen nu de boel wil omgooien en dan in 2031 wil overstappen naar de EHDS. Dat wil ik niet. Ik wil dat we aansluiten bij het tijdpad van de EHDS. Als hij nog een regel aan zijn amendement kan toevoegen waarin staat dat hij met zijn amendement het tijdpad van de opt-out in de EHDS aanhoudt, dan kan ik het oordeel Kamer geven, maar dat kan ik niet met het verschil van inzicht dat ik hier vanavond zie ontstaan. We kunnen nog tot elkaar komen. Daar hoop ik ook op. Maar ik hoor graag hoe hij daarover denkt.

De **voorzitter**:

De heer Claassen heeft een interruptie.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik begrijp het niet helemaal meer, maar dat zal aan mij liggen. Als je de brief drie keer leest, dan lees je daarin inderdaad dat het amendement oordeel Kamer krijgt. Volgens mij is het amendement zoals het is. Dat amendement zegt: als deze wet ... Als je een amendement indient dat bij deze wet hoort, als we gaan stemmen over de wet en als het amendement en de wet dan zouden worden aangenomen, dan is dat amendement volgens mij geldig onder de wet zoals het is aangenomen. Ik begrijp dus niet goed wat de minister nu voorstelt. Is het voorstel om met het amendement te wachten of daarin te zetten dat het amendement het tijdpad van de implementatie van de EHDS volgt? Dan zouden we dus een wet hebben die al die kwaliteitsregistraties en gegevens verzamelt zonder dat er een opt-out geregeld is en dan zou er na verloop van tijd een opt-outregeling in komen. Dat vind ik juist een hele rare situatie.

De **voorzitter**:

En uw vraag is?

De heer **Claassen** (PVV):

De vraag is: wat is het probleem met nu al zeggen dat we, als de wet ingaat en het amendement is aangenomen, gewoon een opt-outregeling in deze wet hebben? Dat kunnen we later bijstellen naar hoe het in de EHDS staat. Ik zie daar het probleem niet van in.

Minister **Agema**:

Wij hebben een verschil van interpretatie als het gaat om wanneer je dit doet. Kijk, de kwaliteitsregistraties bestaan al sinds de jaren zestig. Tot 2015 was er ook een wettelijke grondslag. De gegevens werden gepseudonimiseerd. Er was dus geen probleem met de privacy. Sinds 2015 is er een verandering in de AVG en is die grondslag er niet meer. Maar we doen het wel nog steeds. Deze gegevens worden nog steeds verwerkt op basis van pseudonimiteit.

In de richting van mevrouw De Korte van NSC zeg ik ook nog: stel je nou voor dat er bij een kwaliteitsregistratie een hack plaatsvindt; dan kun je ze wel gehackt hebben, maar de gegevens zijn door die pseudonimisering versleuteld. De sleutel ligt dus in het ziekenhuis. Je hebt ze wel gehackt, maar je hebt er niets aan. De angst voor herleidbaarheid en de angst die mevrouw De Korte heeft dat mensen gechanteerd zouden kunnen worden met informatie, hoeven er niet te zijn, want de sleutel ligt in het ziekenhuis. De gegevens zijn versleuteld.

Al sinds 2015 is dus de situatie dat die wettelijke grondslag er niet is. Maar de gegevens zijn wel gepseudonimiseerd, dus het is niet zo dat de gegevens onversleuteld naar de kwaliteitsregistraties gaan. Een groot deel van de wens van de heer Claassen is in de huidige situatie al ingewilligd. Met deze wetgeving zorgen we er dus voor dat er ook een wettelijke grondslag komt om het op deze wijze te doen. Idealiter vraag je dus eerst de patiënt om toestemming. Daar ben ik het ook mee eens. Daar wil ik aan werken. Daar werk ik dus aan met de opt-out in de tweede tranche van de EHDS. Dat wordt een proces in ontwikkeling. Maar ik zou het dus erg jammer vinden als wij, als deze wetgeving in 2026 ingaat, het in 2028, twee jaar later, heel anders gaan doen. Ik zou dus willen aansluiten bij het tijdpad van de EHDS. Ik hoop dat we wat dit betreft tot elkaar kunnen komen. Dan geef ik het amendement oordeel Kamer. Maar als de heer Claassen zegt "nee, ik wil dat bij de inwerkingtreding van de wet ook dat onderdeel in werking treedt", dan kan ik het niet uitvoeren. Dan wordt het onuitvoerbaar, want dat betekent dat je de hele boel voor een korte tijd moet omgooien. Dat geef ik ook in de brief groot, luid en duidelijk aan; daarin wijs ik op de administratieve lasten die daarbij komen kijken. Het is een niet-perfecte situatie, maar het is niet zo dat alles open en bloot ligt. We doen het sinds de jaren zestig zo. We doen dit sinds 2015 zonder wettelijke grondslag. De gegevens worden gepseudonimiseerd verwerkt.

De voorzitter:

Misschien even voor de helderheid: in de huidige vorm wordt het amendement ontraden.

Minister Agema:

Ja.

De voorzitter:

Als het amendement wordt aangepast zoals de minister aangeeft, dan zou het oordeel Kamer kunnen krijgen.

Minister Agema:

Ja. We moeten dan wel op één pagina, op dezelfde pagina komen. En dan is het met liefde: oordeel Kamer.

De heer Claassen (PVV):

Voorzitter, wat werd gezegd over die ene pagina, dat volg ik niet. Daar komen we misschien nog wel uit.

De voorzitter:

Volgens mij bedoelt de minister dat u het eens wordt. Dan zou het amendement oordeel Kamer kunnen krijgen. In de huidige vorm wordt het ontraden, zo begrijp ik van de minister. De heer Claassen.

De heer Claassen (PVV):

Ja. Misschien begrijp ik het niet, hoor, maar dan komen we wel in een situatie terecht waarin we een wet hebben ... Het wordt nu gepseudonimiseerd bijgehouden met het oog op de veiligheid van data, maar dat is niet mijn principiële bezwaar. Mijn principiële bezwaar is dat gegevens worden gedeeld zonder dat daar iemand toestemming voor gegeven heeft. Of dat nou veilig is of niet: laat dat er even buiten. Dat is niet het

principiële bezwaar. Nogmaals, het principiële bezwaar is dat we dadelijk een wet hebben waarmee de AVG omzeild wordt en dus ook, zoals het in de wet staat, het beroepsgeheim met de nuance waar we het in de eerste termijn van het debat over hebben gehad.

De voorzitter:

En wat is uw vraag aan de minister dan nu?

De heer Claassen (PVV):

We krijgen dus te maken met een wet die ingaat en dat omzeilt. En dan moeten we wachten totdat er iets geregeld is binnen een tijdpad, terwijl we niet weten wat dat precies is. Want in het voorstel van de minister staat: mogelijk richting 2031. Dan heb ik te weinig handvatten. Mijn vraag aan de minister is: welke handvatten heb ik dan nu, waardoor ik zeker weet dat er binnen een hele korte tijd een opt-outregeling is als deze wet wordt aangenomen? Dat staat nu namelijk nergens.

Minister Agema:

2031: die datum klopt dus zeker weten niet. Want het einde van de tweede tranche is 31 maart 2029. Het is belangrijk dat wij tot overeenstemming komen over de inwerkingtreding van de wens van de heer Claassen — het is een mooi amendement, dat hij aangenomen kan krijgen — dat die opt-out voor de kwaliteitsregistraties meegenomen wordt in de EHDS. Het gaat dus om de periode waarin. Als hij die meteen bij de inwerkingtreding van de Wet kwaliteitsregistraties zorg wil invoeren — die wet wil ik zo snel mogelijk in het belang van de patiënten laten ingaan — dan stuit dat bij mij op bezwaren. Ik wil hem toezeggen dat ik dat doe bij de invoering van de opt-out bij de EHDS. En dat betreft het tijdvak maart 2022/maart 2029.

De heer Claassen (PVV):

Maar dan heb ik niet gehoord wat dan echt het grote probleem is als we het doen zoals het amendement dat nu voorziet. We krijgen dan een periode waarin de mensen een opt-outregeling hebben totdat de EHDS en de desbetreffende principes in werking treden. Wat is dan het probleem?

Minister Agema:

Nou, de heer Claassen komt uit de zorg, dus ik denk dat hij zich daar een goede voorstelling van kan maken. Als men bij kwaliteitsregistraties bij elke patiënt — hij heeft het trouwens ook over de opt-in — moet vragen of er toestemming is, dan brengt dat een enorme administratieve last met zich mee. Ik vind dat niet proportioneel, omdat er nu al sprake is van pseudonimiseren. Er is nu al sprake van gegevens die vanaf de bron gepseudonimiseerd worden versterkt voor de kwaliteitsregistraties. Zoals ik al aangaf — de angst van mevrouw De Korte: wat als ze gestolen worden? — zijn die dus versleuteld. De sleutel ligt niet bij de kwaliteitsregistratie; de sleutel ligt bij het ziekenhuis. Ik vind dat een voldoende borging van die veiligheid. Daarom gaat het mij erom: sluit de heer Claassen aan bij de startdatum van de opt-out in de EDHS, dan blijft het oordeel Kamer. Maar persisteert hij en wil hij heel veel administratieve lasten in de tussenliggende periode, dan kan ik daar niet mee instemmen omdat dat een te grote belasting is voor de professionals.

De heer **Claassen** (PVV):
Mag ik, voorzitter?

De **voorzitter**:
Ja.

De heer **Claassen** (PVV):
Ik vind die professionele belasting ... Die is eigenlijk helemaal niet bewezen. Ik heb zelf ook gezegd dat de minister het heeft over opt-in, maar dat het dat niet is; het is gewoon dat bekend wordt gemaakt dat dat zo is, en dat ergens bekend wordt gemaakt dat je, als je dat niet wil, nee moet zeggen. En er zullen een handjevol mensen zijn die nee zeggen, dus ik geloof niet zo in die administratieve last. Ik vind het gewoon netjes en ook ordentelijk dat als een wet in werking treedt, ook die opt-out geregeld is, en niet dat we dan nog drie, vier jaar of tot wanneer dan ook moeten wachten totdat het in die EHDS geregeld is. Ik vind die gap gewoon veel te groot.

Minister **Agema**:
Nee, het is dus niet drie, vier jaar. Het is een korte periode waarvan ik denk dat, als het kabinet niet valt, wij die met elkaar nog allemaal gaan meemaken. Dat is de korte periode waar ik het over heb. Maart 2029 was de laatste, uiterlijke datum, waarbij het tijdvak maart 2027-2029 is. Het lastige is ook dat, als de heer Claassen dat eerder wil, het ook een compleet andere systematiek is, want dan moet het genoteerd worden, gevraagd worden, handmatig bijgehouden worden, iedere keer weer uitgezocht worden, terwijl we het bij de EHDS bijvoorbeeld bij de "mits" regelen, waarbij de patiënt gewoon kan aanvinken wat hij wil. Dat is mijn bedoeling met het regelen van de opt-out straks.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Nog een interruptie voor mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):
Ja, voorzitter. Eerst even over de opt-out. Volgens mij zijn de patiëntendossiers nu zo dat je inderdaad makkelijk een vinkje kan geven van "wel meedoen" of "niet meedoen". Dus ik zie wat mij betreft ook geen probleem voor de invoering. Maar ik wil het graag nog even hebben over de beveiliging van gegevens. De minister zegt: vanaf 1960 zijn we bezig met registraties. Ja, maar dat was allemaal op papier, en het was niet verplicht. Nu wordt alle ziekenhuizen verplicht om gegevens aan te leveren, en dat worden echt hele grote databases.

De **voorzitter**:
En uw vraag is?

Mevrouw **De Korte** (NSC):
Ja. Deskundigen zeggen: middels AI kun je heel makkelijk mensen op individu traceren, omdat er toch gegevens bij elkaar gelegd worden. Dus die beveiliging moet echt veel beter dan tien jaar geleden of vijf jaar geleden, of zelfs een jaar geleden. Ziet de minister die beveiligingsproblemen?

Minister **Agema**:
Zeker, en daarvoor waarborgen wij natuurlijk ook de privacy, niet alleen doordat we

doorgaan met dat gepseudonimiseerd aanleveren van de gegevens, maar bijvoorbeeld ook door een wettelijke geheimhoudingsplicht en een register voor verwerkingen, verwerkingsovereenkomsten, het aanstellen van een functionaris voor gegevensbescherming, het inventariseren van privacyrisico's en met maatregelen waaraan moet worden voldaan als NEN 7510 en de dataminimalisatie. Dus de pseudonimisering is niet de enige waarborg. En we zullen hiervoor ook altijd in ontwikkeling blijven.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Rijkers-Oosterkamp.

Mevrouw Rijkers-Oosterkamp (BBB):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil het toch nog even proberen over die opt-out. In mijn beeld is het nu zo: we gaan het zo regelen dat de gegevens van iedereen worden gedeeld in die registraties. Maar het kan natuurlijk zijn dat er mensen zijn die dat heel graag niet meer willen. Nu is er geen optie om die mensen te laten zeggen: ik wil het écht niet. Volgens mij is het op dit moment zo — en mevrouw De Korte zei dat ook — dat je een opt-in hebt en je dus aangeeft: ik wil dit wel. Wat nou als men dat vinkje laat staan in het patiëntendossier, en we mensen voorlichten in een campagne of zoiets met "dit gaan we doen" of "dit gaat er veranderen", maar er wel een vinkjesmogelijkheid blijft voor mensen die het écht niet willen? Ik bedoel, je hoeft het niet opnieuw te vragen ...

Minister Agema:

Nee.

Mevrouw Rijkers-Oosterkamp (BBB):

... maar dan geven we ze nog wel het comfort dat het echt niet hoeft als ze het echt niet willen.

Minister Agema:

Die generieke technische oplossing is er nu niet. Die ga ik wel regelen in de opt-out bij de EHDS. Daarom wil ik daarbij aansluiten. En natuurlijk, ik denk dat, als je tegen je arts of specialist zegt "ik wil dit echt niet", die dat wel voor je kan regelen. Maar ik kan dat niet vanuit hier zeggen. Ik kan het niet generiek opleggen. Maar ik kan me voorstellen dat er, als je dat niet wil, een goed gesprek met je zorgverlener mogelijk is.

De voorzitter:

De heer Krul heeft een interruptie.

De heer Krul (CDA):

Het is misschien meer een soort verhelderende vraag, want ik ben een beetje het spoor bijster naar aanleiding van het interruptiedebat tussen de heer Claassen en mevrouw Agema. Het amendement heeft oordeel Kamer gekregen. Er zijn ook fracties niet aanwezig bij dit debat. Begrijp ik nou goed dat de appreciatie van het amendement wijzigt naar ontraden? Dan zou het namelijk misschien slim zijn om dat ook even op een andere plek te verwerken. Kijk, een amendement is een amendement. Dat is een tekst. Ik snap niet zo goed dat daar zo veel licht tussen kan zitten. Als het echt officieel ontraden is, is het misschien goed dat dat ook even richting de Kamer gecommuniceerd wordt.

Minister Agema:

Het werd mij duidelijk in de termijn van de heer Claassen dat er toch een onderdeel is, wat je niet terugleest in het amendement zelf, maar wat ik wel heel belangrijk vind, waar wij verschillend over denken. Maar hij heeft ook nog de gelegenheid om het aan te passen. Als hij dat doet, blijft het natuurlijk oordeel Kamer, maar anders moet ik het wijzigen naar ontraden. Ik vind het namelijk niet verantwoordelijk om in de wat mij betreft zo kort mogelijke tussenperiode een heel systeem om te gooien, terwijl ik nu gewoon nog geen generieke technische functie heb, maar later wel. Ik heb die nu gewoon niet.

De voorzitter:

Even ter conclusie: het amendement zoals het er nu ligt, wordt ontraden. Tenminste, ik kijk even naar de minister. De vraag van de heer Krul is volgens mij of u bereid bent dat ook nog even op papier te zetten voor de partijen die hier niet aanwezig zijn. Als het amendement gewijzigd wordt op de manier die de minister aangeeft, als de heer Claassen daartoe bereid is, dan kan het oordeel Kamer krijgen. In de huidige vorm is het ontraden. Is dat een goede samenvatting?

Minister Agema:

Ja. Ik sluit me aan bij uw conclusie, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaat u verder met de beantwoording.

Minister Agema:

De heer Bushoff vroeg: "Hoe gaat de pseudonimisering in z'n werk bij kleine patiëntengroepen? Zijn die data niet toch herleidbaar? Zijn daar extra waarborgen voor? Zou de minister gebruik willen maken van extra opties voor extra waarborgen?" Als een patiëntenpopulatie heel erg klein is, kan het soms zijn dat gegevens ondanks pseudonimisering herleidbaar zijn naar de persoon. Een kwaliteitsregistratie zal dan extra technische en organisatorische maatregelen moeten nemen, die ervoor zorgen dat de privacy van de patiënt goed wordt geborgd, bijvoorbeeld door de opslag extra goed te beveiligen en de toegang tot de gegevens te beperken.

Hoe wil de minister zorgen voor de hoogste mate van gegevensbeveiliging? Dat is ook een vraag van de heer Bushoff. Ook de gegevensverwerkers moeten aan de hoogst mogelijke eisen voldoen, voor zover deze uitvoerbaar zijn, net zoals de kwaliteitsregistraties. In dit wetsvoorstel zijn meerdere waarborgen opgenomen om de privacy van de cliënt te beschermen, waaronder een aantal harde eisen, waar een kwaliteitsregistratie aan moet voldoen. Voldoet de kwaliteitsregistratie niet aan deze eisen, dan wordt deze niet opgenomen in het register. De belangrijkste eis is dat kwaliteitsregistraties uitsluitend gepseudonimiseerde gegevens mogen verwerken. De pseudonimisering moet onafgebroken gecontinueerd zijn. Dit betekent dat de kwaliteitsregistratie alleen de pseudoniemen ontvangt, en niet direct identificerende persoonsgegevens.

Vindt de minister ook dat gegevensverwerking voor commerciële doeleinden moet worden uitgesloten en dat kwaliteitsregistraties geen eigenaar mogen hebben uit China of Rusland? Ik ben het ermee eens dat de gegevens uit de kwaliteitsregistraties niet voor commerciële doeleinden mogen worden gebruikt. Het wetsvoorstel regelt alleen het

gebruik voor leren, verbeteren en samen beslissen. Kwaliteitsregistraties zijn vaak stichtingen. Er is dan geen sprake van eigenaren uit China of Rusland. Als dat wel zo zou zijn, is dat natuurlijk onwenselijk.

Mevrouw De Korte vroeg: "Wat verandert er? Het is een fundamentele wijziging, die het vertrouwen van patiënten raakt. Er lijken 60 registraties te komen. De manier van meten is een punt van discussie. De EHDS biedt patiënten de keuze voor een opt-out. Hier is geen mogelijkheid voor binnen dit wetsvoorstel." Deze wet biedt een grondslag voor kwaliteitsregistraties om gepseudonimiseerde patiëntgegevens te verwerken. Hiermee regel ik een grondslag voor kwaliteitsregistraties die al ruim 60 jaar zo werkt. De gepseudonimiseerde gegevens zijn door de kwaliteitsregistraties niet direct herleidbaar naar de individuele patiënt. Alleen het ziekenhuis weet welk pseudoniem bij welke patiënt hoort. Daardoor is de kans op misbruik van patiëntgegevens zeer klein.

Kan de minister toezeggen dat wanneer een registratie wordt goedgekeurd, alles voldoet aan de NEN-normen? Dat is ook een vraag van mevrouw De Korte. De Data-governancecommissie toetst of kwaliteitsregistraties werken volgens de NEN-normen. Als ze niet werken volgens de NEN-normen, komen ze niet in het register.

Hoe wordt na toetsing toegezien op naleving van de NEN-normen? Kwaliteitsregistraties worden om de maximaal vijf jaar opnieuw getoetst. Dan wordt er weer opnieuw getoetst of er wordt gewerkt volgens de NEN-normen. Ook tussentijds kan het Zorginstituut bij signalen van het niet naleven een kwaliteitsregistratie uit het register schrappen. De Autoriteit Persoonsgegevens is de algemene toezichthouder voor deze NEN-normen.

Mevrouw De Korte vraagt aan de minister om in de ministeriële regeling de data te beveiligen tegen cybercrime en het risico dat een individu herkenbaar is, bijvoorbeeld met nieuwe technieken zoals multi-party computation. Ik zie veel potentie in dit soort technieken, die in de toekomst gegevens van patiënten nog beter kunnen beschermen. Dit soort technieken worden nu nog niet verplicht, omdat ik ze niet op grote schaal kan toepassen. Maar zodra dit wel kan, zal ik de ministeriële regeling daarop aanpassen.

Wordt de ministeriële regeling waarin onder andere de beveiligingstechnieken worden geregeld, aan de Kamer voorgelegd? Mevrouw De Korte vraagt mij de ministeriële regeling op grond van dit wetsvoorstel voor te hangen en dat wil ik graag doen, als de Kamer dit wenst. Daarom heb ik geen problemen met dit amendement.

De heer Claassen zei: "Zorgaanbieders dienen hun cliënten te informeren over de wijze waarop hun gegevens worden verwerkt en over de opt-out. Wat betekent dat voor de workload van de zorgaanbieders?" Het informeren van de patiënt is een van de onderdelen van de registratielast voor zorgverleners. Als een patiënt gebruik wil maken van de opt-out, moet de zorgverlener dit registreren in het elektronisch patiëntendossier. Epd's zijn hier niet op ingericht. Voor automatische aanlevering moet bovendien een handmatige workaround door de zorgaanbieder worden ingericht om ervoor te zorgen dat de data van de patiënt eruit gehaald worden. Dit moet bij iedere aanlevering gebeuren. Dit zorgt voor veel administratieve lasten en technische aanpassingen, vooruitlopend op de generieke invulling van de opt-out.

De **voorzitter**:

Daarmee krijgt het amendement op stuk nr. 15 van mevrouw De Korte in elk geval oordeel Kamer.

De heer **Claassen** (PVV):

Zijn de epd's daar in 2029 dan wél voor ingericht? Hebben we die problemen dan niet?

Minister **Agema**:

Als het gaat om de planning van de gegevensverwerking ... Welk jaartal noemde de heer Claassen?

De **voorzitter**:

2021.

Minister **Agema**:

2021? Nee, 2029, hoor ik.

De **voorzitter**:

Excuus, hij zei inderdaad 2029.

Minister **Agema**:

Nou, ik ga ervan uit van wel, als het gaat om onze gegevensverwerking en onze planning, maar als dat niet zo is, dan ...

De **voorzitter**:

Volgens mij komt er nu een briefje uw kant op, dus ...

Minister **Agema**:

... dan kom ik daarop terug.

De **voorzitter**:

... dan kan het antwoord direct gegeven worden, denk ik.

Minister **Agema**:

Dan kom ik daar later op terug. Even kijken wat er op het briefje staat. Het staat er niet op.

De **voorzitter**:

Het staat er niet op.

De heer **Claassen** (PVV):

Nee, en dat is precies het punt waar mijn zorgen zitten. We weten het gewoon niet.

Minister **Agema**:

Nee, nee nee, dat zei ik niet.

De heer **Claassen** (PVV):

Want u weet ... Ik heb toch nog het woord, voorzitter?

De **voorzitter**:

Ja, u bent aan het woord.

De heer **Claassen** (PVV):

Dat dacht ik ook. De minister zegt "nee", maar ik ben wel aan het woord. Mijn vraag was: is het in 2029 wél geregeld? De minister weet dat niet. Ik weet ook dat ze dat niet weet. Het is nu niet geregeld en in 2029 ook niet. Als dat een voorwaarde zou zijn, dus dat de regeldruk verlaagd wordt als we dat amendement invoeren, blijft dat dus ook als argument niet over. Ik zie dus alleen maar chaos en wat spinsels, om dit amendement, dat oordeel Kamer had en ondertussen niet gewijzigd is, van de stoep te krijgen. Dat vind ik wel heel vervelend. Mijn vraag is dus: is dat in 2029 door een andere inrichting van het epd wel geregeld? Mijn tweede vraag is: waarom is het dan anders als de EHDS er is? Want dan hebben we nog steeds hetzelfde epd, hoor.

Minister **Agema**:

Deze bijna-tirade van de heer Claassen was op basis van een notitie die over iets anders ging. Voor de gegevensverwerking zitten we helemaal voor in het proces: we rollen het landelijk dekkend netwerk en de Wegiz-onderdelen uit, zoals de Basisgegevensset Zorg, de medicatieoverdracht, de acute zorg en al dat soort dingen meer. Ik zei tegen hem: volgens mij is het epd ook voordien al ready for 2029, en als dat niet zo is, kom ik daar later in het debat op terug.

De **voorzitter**:

Prima. Gaat u verder met uw beantwoording.

Minister **Agema**:

Ik vind het ook heel erg jammer dat de heer Claassen de kans die ik hem bied, niet pakt. Van de jaren zestig tot 2015 was het gepseudonimiseerd verwerken van gegevens voldoende. Pas toen de nieuwe AVG kwam, kwam er een leemte in de wettelijke grondslag. Het is dus nog steeds zo — ik heb het een paar keer herhaald — dat de gegevens gepseudonimiseerd worden verwerkt. Daar was een wettelijke grondslag voor tot 2015 en de afgelopen tien jaar is men daarmee doorgegaan. Ik vind de periode van 2026 tot de invoering van de tweede tranche van de EHDS, als het gaat om de opt-out, te kort om te zeggen: ik ga het allemaal helemaal anders doen in die korte periode. Ik heb nu geen generieke technische oplossing en geen knop om dit aan te vinken. Als ik het nu toezeg per heden of per invoering van de wet, dan ontstaat er een enorme werklast en dat wil ik niet. Als we het voegen bij het ingroeipad van de EHDS, is daar wel die technische functie.

De **voorzitter**:

Dank u wel.

Minister **Agema**:

Dan kun je thuis gewoon aanklikken wat je wilt.

De **voorzitter**:

Dan een interruptie van mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Ik heb er nog steeds moeite mee dat de minister zegt "ja, sinds 1960 ...". De wereld is echt ontzettend veranderd. Deze wet verandert ook echt heel veel. Alle ziekenhuizen worden nu verplicht om gegevens aan te leveren. Het is niet zo dat een ziekenhuis kan zeggen "ik doe niet mee" of dat de eigen arts zegt: jij hoeft ook niet mee te doen. Iedereen is verplicht om mee te doen. Dat geeft onveiligheid voor mensen.

De **voorzitter**:

Uw vraag is?

Mevrouw **De Korte** (NSC):

De mogelijkheid moet steeds geboden worden dat mensen zeggenschap hebben. Wat vindt de minister ervan dat zeggenschap ontnomen wordt?

Minister **Agema**:

Mevrouw De Korte heeft veel zorgen en ook angsten, maar datgene waarover zij zorgen heeft, heeft nooit plaatsgevonden. De wet regelt wel een hoop privacywaarborgen. Naast de pseudonimisering noem ik de functionaris en ook NEN 7510 waaraan voldaan moet worden en de dataminimalisatie. Dus de wet regelt juist heel erg veel rond de zorgen die mevrouw De Korte heeft en maakt ook de upgrade naar deze tijd. In de loop van de tijd is er ook meer mogelijk als het gaat om automatiseren en standaardiseren. Iedere keer als we er klaar voor zijn, zullen we de volgende stap zetten.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Maar misschien zijn we er nu nog niet klaar voor om ziekenhuizen verplicht te stellen om mee te doen met die kwaliteitsregistraties. Die verplichting hoor ik niet van de minister. Dat is toch een essentieel onderdeel van deze wet?

Minister **Agema**:

Er komt inderdaad een verplichting om deel te nemen aan de kwaliteitsregistratie en ik denk dat dat heel erg goed is. Wat ik hier eigenlijk ook te weinig hoor, is dat de kwaliteitsregistratie tot doel heeft de patiëntenzorg te verbeteren. Het zijn de patiënten die hier uiteindelijk baat bij hebben. De professionals kunnen zichzelf en hun eigen prestaties afzetten tegen de landelijke benchmark en dan zien of zij het beter doen of minder goed doen. Dat is uiteindelijk hartstikke goed voor de patiënten. Het is belangrijk om dat nu te regelen, helemaal omdat de wettelijke grondslag er sinds 2015 al niet meer is, en nu ook de extra waarborgen voor de privacy te regelen. Dus eigenlijk wordt mevrouw De Korte voor een heel groot deel op haar wenken bediend.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Gaat u verder met de beantwoording.

Minister **Agema**:

Mevrouw Tielen vroeg: is het pseudonimiseren van gegevens veilig genoeg? Door het pseudonimiseren zijn gegevens niet meer direct herleidbaar naar de patiënt. De sleutel blijft bovendien bij het ziekenhuis. Mensen die kwaad willen met de gegevens kunnen dus niet zonder die sleutel.

In de financiële sector zijn een aantal waarborgen ingebouwd. Ook dat wil niemand

zomaar delen. Er zijn een aantal regels toegepast in de bankensector zodat eventuele zwakheden naar voren komen. Is een cybersimulatie en -rapportage ook in te voeren in de zorgsector? Kan de minister dit uitleggen en toelichten? De bankenwereld is niet op alle vlakken vergelijkbaar met de zorg. 20 banken is wel iets anders dan 50.000 zorgaanbieders. Maar veiligheid is natuurlijk wel bij beide heel belangrijk. De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het op orde hebben van de informatieveiligheid. Zij moeten hiervoor voldoen aan de NEN-normen. Dat ondersteun ik op verschillende manieren. Ik verken de mogelijkheden voor het periodiek uitvoeren van cyberweerbaarheidstoetsen bij zorginstellingen. Ik ontwikkel praktische hulpmiddelen bij implementatie van NEN-normen, die ik gratis beschikbaar stel. Ik versterk het toezicht door de inspectie.

Mevrouw Tielen vroeg het volgende. Data worden weggehaald uit de VS naar Europa. Kan de minister aangeven of er in Europa en in Nederland voldoende ruimte is, of dat dit voor de gegevens waar we het nu over hebben, helemaal niet van toepassing is? Als de minister vindt dat er meer actie op moet komen, wat moet dat dan zijn? Het is inderdaad voor dit wetsvoorstel niet van toepassing. Het gaat over data van bijvoorbeeld de Nederlandse ziekenhuizen. Deze gegevens worden in Nederland verwerkt.

Mevrouw Tielen zei: "Een opt-in en een opt-out leidt tot balletje-balletje. De minister zou een brief sturen over hoe het zich met de EHDS verhoudt". Zij vindt dat er te weinig in de brief staat. We kunnen het op een later moment natuurlijk nog erover hebben. Het is een brief van dertien pagina's. We gaan het er nog vaak over hebben, want we zijn in volle gang met het onderzoeken hoe we het allemaal gaan vormgeven. Ik wil ook vaart maken, omdat de tweede tranche van maart 2027 tot maart 2029 loopt en ik liever niet aan het einde, maar meer aan het begin van de bandbreedte zit. Dat was het, want anders moet ik de brief gaan citeren.

Mevrouw Rijkers-Oosterkamp had zorgen over commercieel gebruik van de data. Hoe wordt bewaakt dat ze alleen voor kwaliteitsdoeleinden gebruikt worden? Graag een heldere toelichting over hoe wordt voorkomen dat de gegevens alsnog in commerciële analyses terechtkomen. Dit wetsvoorstel biedt alleen een grondslag voor kwaliteitsregistratie om gegevens te verwerken voor zover dit noodzakelijk is om de kwaliteit van zorg te meten en te verbeteren. Voor andere doelen is er dus geen grondslag om gegevens te mogen verwerken. Bovendien worden kwaliteitsregistraties alleen in het register opgenomen als het doel, dus kwaliteit van zorg, helder is omschreven. Opname in het register is ook slechts voor een beperkte periode. Er is dus een duidelijke toets aan de voorkant.

Hoe denkt de minister over een opt-out voor het delen van bijzondere persoonsgegevens? Ik denk dat we daar al een hoop over hebben gezegd.

Wat is de appreciatie van de minister op het amendement dat door haar eigen partij is ingediend? Daar hebben we het ook al over gehad.

Dan kom ik aan het einde van de vragen over opt-out en privacy.

De **voorzitter**:

Dan gaan we over naar het blokje "administratieve lasten".

Minister **Agema**:

Mevrouw De Korte vroeg: hoe zit het met de uitvoerbaarheid en de regeldruk voor zorgorganisaties om gegevens aan te leveren? Haalbare en werkbare kwaliteitsregistraties zijn nodig om de administratieve last te verlagen. De haalbaarheid en werkbaarheid van kwaliteitsregistraties zijn onderdeel van de toetsing door de inhoud-governancecommissie en de data-governancecommissie. Er is namelijk draagvlak nodig bij de zorgaanbieders en zorgverleners. Als een kwaliteitsregistratie niet haalbaar of werkbaar is, of als de regeldruk te hoog is, dan is er geen draagvlak bij de zorgverleners. De kwaliteitsregistratie zal dan niet worden opgenomen in het register.

De minister wil de administratieve lasten halveren. Dat is haar ambitie, maar om hoeveel extra administratieve lasten gaat het in dit wetsvoorstel? Hoe rijmt de minister de toename met haar eigen ambitie en wat gaat de minister doen om de administratieve lasten niet te laten toenemen? Het halveren van de administratietijd is en blijft onveranderd mijn ambitie. Dit wetsvoorstel bevat meerdere instrumenten om de wildgroei aan kwaliteitsregistraties in te beperken. Het heeft daarmee als doel de administratieve lasten te beperken. Ook de stappen die we gaan zetten op het gebied van automatisering en standaardisering gaan voor minder administratietijd zorgen.

Het aanleveren van kwaliteitsinformatie aan een kwaliteitsregistratie zal altijd een bepaalde mate van administratie met zich meebrengen, maar het leidt tot een hoger doel. Door het instellen van een register verdwijnen de kwaliteitsregistraties die geen meerwaarde meer hebben. We zien dat ongeveer een derde afvalt. Zorgaanbieders hoeven dus geen gegevens meer aan te leveren aan de kwaliteitsregistraties die zijn afgefallen. Daarnaast moet er draagvlak zijn voor een kwaliteitsregistratie bij alle belanghebbenden, waaronder de zorgaanbieders. Als een registratie te veel regeldruk veroorzaakt, is er geen draagvlak en neemt het Zorginstituut de kwaliteitsregistratie niet op in het register. Om tot een echte lastenvermindering voor zorgaanbieders te komen, is echter voortgang nodig op eenmalig registreren voor meervoudig gebruik. Het op orde brengen van de epd's is daarvoor een harde voorwaarde.

De administratieve lastenverlichting moet concreet worden gemaakt. Welke maatregelen zorgen ervoor dat zorgverleners niet nog meer tijd besteden? Mevrouw Rijkers-Oosterkamp stelde die vraag. Vermindering van administratieve lasten is een belangrijke doelstelling van het wetsvoorstel. Dat doen we via het instellen van een kwaliteitsregister. Kwaliteitsregistraties die niet aan de criteria voldoen, worden niet opgenomen. De criteria voor kwaliteitsregistraties wegens regeldruk wegen mee, maar bij te veel regeldruk wordt niet voldaan aan de eis rond bijvoorbeeld draagvlak. Het wetsvoorstel bevat de verplichting om informatie gestandaardiseerd uit te vragen. Doordat wordt voorzien in een grondslag voor het verwerken van persoonsgegevens hoeft geen aparte toestemming meer te worden gevraagd.

De heer Van Dijk vroeg: leidt dit registratieregister daadwerkelijk tot een vermindering van het aantal kwaliteitsstandaarden en dus tot minder regeldruk? Ja. Zoals ik zojuist al zei, valt ongeveer een derde af. Zoals de heer Van Dijk vaak hoort, is het vrijwel

onmogelijk om regels die ooit met alle goede bedoelingen in de zorg zijn ingevoerd weer te schrappen. Ik interpreteer de vraag als: hoe gaan we stoppen met registraties waaraan we lang hebben meegedaan? Het was een uitdrukkelijke wens van de hoofdlijnakkkoord- en MSZ-partijen om te komen tot een governance voor kwaliteitsregistraties. Dat was een reden om de administratieve lasten voor zorgaanbieders te beteugelen. Dit wetsvoorstel is een onderdeel van die governance, maar er zijn ook samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de HLA- en MSZ-partijen, waarin is afgesproken niet mee te doen met registraties waarvan nut en noodzaak niet is bewezen. Juist die toetsing van kwaliteitsregistraties door het Zorginstituut maakt het voor zorgaanbieders makkelijker om te stoppen met niet-nuttige registraties. Ze hoeven immers niet zelf te oordelen over nut en noodzaak van de kwaliteitsregistratie.

De voorzitter:

Was dat het einde van dit blokje?

Minister Agema:

Ja.

De voorzitter:

Dan gaan we nu over naar het blokje toetsing.

Minister Agema:

Mevrouw Tielen zei: "Op het gebied van de spoedeisende hulp is er onduidelijkheid. Juist op het gebied van de acute zorg lijkt het heel goed dat er kwaliteitsregistraties komen. Wat heeft NEED nodig om in het register van kwaliteitsregistraties te worden opgenomen?" Ik begrijp dat NEED voor de registratie een negatief advies van de Inhouds-governancecommissie en de Data-governancecommissie heeft ontvangen. Zij kunnen nu echter nog nergens terecht om de negatieve advisering te laten toetsen, omdat het wetsvoorstel nog niet is ingegaan. Met de inwerkingtreding van deze wet zorg ik juist voor een zorgvuldige toelatingsprocedure, want dan zal het Zorginstituut eigenstandig een besluit kunnen nemen om een kwaliteitsregistratie al dan niet in het register voor kwaliteitsregistraties op te nemen. Het Zorginstituut maakt bij de beoordeling gebruik van de adviezen van de Inhouds-governancecommissie en de Data-governancecommissie.

Zodra de Wet kwaliteitsregistraties zorg in werking is getreden, kan NEED formeel een aanvraag bij het Zorginstituut doen. Dat is het moment waarop het Zorginstituut een oordeel kan geven over het proces van toetsing bij de commissies. Mocht ook het Zorginstituut besluiten om een kwaliteitsregistratie niet op te nemen in het register voor kwaliteitsregistraties, dan is het mogelijk om daartegen in bezwaar en in beroep te gaan. Vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet is het Zorginstituut bereid een proeftoets uit te voeren, zodat NEED eerder zekerheid heeft over het oordeel over de opname.

De voorzitter:

Dat was het blokje toetsing. Dan gaan we nu over naar de varia.

Minister Agema:

De heer Bushoff vroeg: wat vindt de minister van de amendementen over de acute

zorg? Het amendement op stuk nr. 20 gaat over de betrokkenheid van gemeenten en de inspectie bij het sluiten van spoedeisende hulpen. Burgemeesters en inwoners moeten inderdaad goed betrokken worden bij de besluitvorming over de acute ziekenhuiszorg. Ook de taak van de inspectie is belangrijk. Hoewel deze nieuwe taak voor de inspectie qua uitvoering een aantal uitdagingen met zich zal meebrengen, snap ik de wens om een onafhankelijke toets op de besluitvorming te organiseren.

Het amendement op stuk nr. 21 gaat over de voorhang van de AMvB acute zorg. Ik kan me voorstellen dat het parlement hecht aan invloed op een eventuele wijziging van de AMvB acute zorg. Ik heb daar dan ook geen problemen mee.

De voorzitter:

Dat betekent voor het amendement op stuk nr. 21: oordeel Kamer.

Minister Agema:

Ik ga dadelijk nog even alle amendementen langs, maar dat is inderdaad zo, voorzitter.

De voorzitter:

Het amendement op stuk nr. 20 krijgt ook oordeel Kamer. Maar laten we die twee amendementen gewoon even bij de amendementen doen, voordat er verwarring ontstaat, want dat lijkt me niet goed.

Minister Agema:

Mevrouw De Korte vroeg: klopt het dat er nu al kwaliteitsregistraties worden opgenomen in een voorwaardelijk register en aan welke voorwaarden moeten zij voldoen? Het wetsvoorstel Kwaliteitsregistraties voorziet in de mogelijkheid tot voorwaardelijke opname, om zo eventuele wachtlijsten voor toetsing bij de inwerkingtreding van de wet te voorkomen. Omdat de IGC en de DGC al een groot deel van de kwaliteitsregistraties hebben getoetst, is de kans op wachtlijsten niet aanwezig. Zoals ik eerder al zei in het interruptiedebat, is om die reden naar de kwaliteitsregistraties gecommuniceerd dat van de mogelijkheid van voorwaardelijke opname geen gebruik zal worden gemaakt.

Mevrouw Tielen wil dat betere zorg leidt tot betere bekostiging. "Wat wil en kan de minister hieraan doen met deze wet?" Mijn streven is de best passende zorg voor elke patiënt en daarvoor is onder meer goede bekostiging belangrijk. Bekostiging in relatie tot de praktijk is mogelijk op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg. Hierbij worden kwaliteitsgegevens meegenomen. Binnen het Programma Uitkomstgerichte Zorg wordt met veldpartijen onderzocht hoe kwaliteitsgegevens van meerwaarde kunnen zijn voor bekostiging. En ook wordt er in de praktijk geëxperimenteerd door zorgverzekeraars en zorgaanbieders om kwaliteitsgegevens te gebruiken voor bekostiging. Het wetsvoorstel bevordert de mogelijkheid voor zorgverleners om te leren en te verbeteren, en ondersteunt daarmee deze ontwikkeling.

Mevrouw Tielen vindt dat de kwaliteit transparant moet zijn bij patiënten en verwijzers. "Hoe staat het met eerdere moties die zij heeft ingediend over kwaliteit, transparantie en onderzoek naar de kwaliteit van leven bij geneesmiddelen?" In december is er een motie van het lid Tielen aangenomen over het maken van een concreet plan hoe transparantie van kwaliteit stap voor stap inzichtelijk wordt en hoe hiermee aan de slag te gaan. Ik vind het belangrijk dat hierin grote stappen worden gezet. Dit voorjaar informeer ik uw

Kamer over het totaal van stappen dat moet leiden tot meer transparantie over de kwaliteit van zorg voor patiënten en verwijzers, zowel op de korte als de langere termijn.

Over de motie over onderzoek naar de kwaliteit van leven bij geneesmiddelen kan ik u melden dat ik hier, zoals afgesproken met uw Kamer, op inzet in de herziening van de Europese wetgeving voor marktautorisatie van geneesmiddelen. Het huidige voorzitterschap hoopt de onderhandelingen in mei af te ronden en daarna kan ik u vertellen over de uitkomsten van de onderhandelingen.

Begrijp ik goed dat de evaluatie wordt meegenomen met de reeds geplande evaluatie van de Wkkgz in 2029, vraagt de heer Van Dijk. "Is dit inderdaad een logisch moment om te evalueren?" Voor een zinnige evaluatie van dit wetsvoorstel zal een redelijke periode verstreken moeten zijn om de effecten en de uitvoerbaarheid in kaart te kunnen brengen. Een periode van drie tot vier jaar na de inwerkingtreding is daarmee een logisch moment. Het is goed om dat samen te doen met de evaluatie van de Wkkgz in 2029.

De heer Krul: hoe zit het als je onderzoek doet naar de eerste en tweede lijn? "Zit deze wet daaraan in de weg?" Daaraan verandert deze wet niets. Wetenschappelijk onderzoek met gegevens uit kwaliteitsregistraties mag nu onder strenge voorwaarden en dat blijft zo.

"Het Zorginstituut is bezorgd over juridische procedures, omdat het moet toetsen aan een open norm. Waarom wordt er gewerkt met een open norm?" Het Zorginstituut krijgt de nieuwe taak om kwaliteitsregistraties te toetsen en dat is een toetsing op een open norm. Voor de open norm is gekozen, omdat er altijd een afweging plaats moet vinden tussen nut en noodzaak en administratieve lasten. Juridische procedures zijn uiteraard niet uit te sluiten, maar ik heb er alle vertrouwen in dat het Zorginstituut deze nieuwe taak goed kan uitvoeren.

"Wat vindt de minister van het amendement waarin wordt geregeld dat de resultaten van kwaliteitsregistraties onderdeel uitmaken van goede zorg?" Ik onderschrijf dat inzichten uit kwaliteitsregistraties over zorg, uitvoering en praktijkvariatie van belang zijn om te kunnen leren en te verbeteren. Ze zijn dus van belang voor de kwaliteit van zorg. Idealiter landen inzichten van kwaliteitsregistraties dus ook in de professionele kwaliteitsstandaarden. En die maken deel uit van goede zorg. Ik heb dan ook geen probleem met het amendement.

De heer Krul: iedereen wil meer kwaliteit, maar wat is het begin en het einde? "Zie ook een artikel in de Volkskrant over kwaliteitsverschillen in ziekenhuizen." "Hoe kunnen kwaliteitsregistraties patiënten helpen bij het kiezen van zorg?" Het openbaar maken van kwaliteitsinformatie gaat via het proces van de Transparantiekalender. Deze informatie kan worden vertaald naar keuze-informatie voor patiënten. De tripartite partijen, dus de organisaties van zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten, bepalen wat openbaar wordt onder regie van het Zorginstituut. Veel van deze verplicht aan te leveren indicatoren zijn onderdeel van de kwaliteitsregistratie.

"Betekent dit ook een verplichting tot openbaarheid van registraties en wat is precies de

rol van de zorgverzekeraars?" "Kan het voorstel bijdragen aan inkoop op basis van prijs en kwaliteit van zorg?" Positief getoetste kwaliteitsregistraties worden openbaar via het register voor kwaliteitsregistraties van het Zorginstituut. De gegevens die verzameld worden op basis van het wetsvoorstel worden alleen gepseudonimiseerd uitgewisseld tussen zorgaanbieders en kwaliteitsregistraties. Deze data gaan niet naar de zorgverzekeraars.

De kwaliteitsregistraties maken verder rapportages openbaar over hun bevindingen. Dat gebeurt op een geabstraheerd niveau en daardoor is het niet te herleiden. Uitsluitend die openbare informatie kan door verzekeraars worden gebruikt voor de inkoop. Daarnaast kunnen verzekeraars gebruikmaken van de informatie die zorgaanbieders op basis van de Transparantiekalender aan het Zorginstituut moeten aanleveren. Dit wetsvoorstel verandert dus niets aan die bevoegdheid.

De voorzitter:

Voordat u verdergaat heeft u een interruptie van ...

Minister Agema:

Ik heb nog twee vragen van de heer Krul, zal ik die eerst nog even doen?

De voorzitter:

Ja, prima. Daar is de heer Krul akkoord mee.

Minister Agema:

Hoever zijn IZA-partijen met het wegnemen van de knelpunten om te zorgen dat elektronische gegevensuitwisseling de standaard wordt? In het IZA zijn afspraken gemaakt over de uitwisseling van verschillende gegevens. Het betreft op hoofdlijnen dezelfde uitwisselingen als in de Wegiz zijn geprioriteerd. Aan die uitwisselingen wordt hard gewerkt. Het gaat onder meer om de basisgegevens, de medicatieoverdracht en eOverdracht in de vvt-sector. Na het zomerreces zal ik uw Kamer nader informeren over de voortgang op deze trajecten.

Zorgverzekeraars dragen nu financieel bij aan de kwaliteitsregistraties in het register. Dragen zorgverzekeraars ook bij aan de standaardisatie van de gegevensuitwisseling? Ja. In het IZA Uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling hebben partijen afspraken gemaakt om echt voortgang te maken op eenmalig registreren en meervoudig gebruiken. Zorgverzekeraars hebben het IZA medeondertekend.

De voorzitter:

Dat waren de vragen van de heer Krul. Zijn interruptie staat nog steeds.

De heer Krul (CDA):

Ik vond het heel interessant om te horen dat de minister dit voorjaar komt met een stappenplan richting de transparantie van de kwaliteit van zorg. Wat ik haar zou willen meegeven of vragen is dit: kwaliteitsregisters zouden ook inzicht kunnen geven in praktijkvariatie. Ik ben benieuwd of daar in dat stappenplan ook ruimte voor is.

Minister **Agema**:

Doelt de heer Krul dan ook op zijn amendement en hoe hij dat daar ...? Want hij koppelt het nu aan de Transparantiekalender. Dat ik het goed begrijp.

De **voorzitter**:

Meneer Krul, kunt u dat verhelderen?

De heer **Krul** (CDA):

Eigenlijk kaap ik gewoon de vraag van mevrouw Tielen. Ik ben gewoon heel erg benieuwd naar het stappenplan dat er in het voorjaar aankomt. Daar zijn we nu. Ik ben benieuwd of de kwaliteitsregisters daarin op enige manier terugkomen. Dat hoeft niet perse zoals wij hebben voorgesteld.

Minister **Agema**:

Ik ga uit van wel. Als het antwoord nee is, dan kom ik daarop terug.

De **voorzitter**:

Dan hebben we het blokje varia gehad en gaat u over op de amendementen.

Minister **Agema**:

Ja. Even kijken. Het amendement op stuk nr. 14 over na twee jaar evalueren. Ik heb zojuist ook in de beantwoording gezegd dat ik dat echt te kort vind. Maar als mevrouw De Korte dat kan uitbreiden naar drie tot negen jaar of 2029, dan kan ik het oordeel Kamer geven. Maar u moet een wet wel even de tijd geven om zichzelf te bewijzen.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

De minister zei zonet al dat de organisaties al bezig zijn met toetsen en dat er al kwaliteitsregisters worden binnengehaald. Dat moet vrij snel gaan. Wij denken dan toch dat na twee jaar al iets gezegd kan worden over wat het effect is, juist om dan bij te kunnen sturen. Er gebeurt immers nogal wat. Als we zeggen "dat doen we pas na drie jaar en na zes jaar", dan vinden wij dat te lang. Vindt u het niet haalbaar of hoe zit dat precies?

Minister **Agema**:

Nee, ik weet nog dat toen ik hier pas begon, we een evaluatiebepaling hadden na vijf jaar. Toen werd het mode om het na drie jaar te doen. Ik ga dat niet na twee jaar doen. Een wet moet in werking treden en moet zich dan kunnen bewijzen. Ik zou willen voorstellen om aan te sluiten bij de termijn van 2025 waar de heer Van Dijk om vroeg, want dan wordt de Wkkgz sowieso geëvalueerd.

De **voorzitter**:

2029 denk ik.

Minister **Agema**:

2029. Sorry, 2029.

De **voorzitter**:

Tot slot op dit punt, mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

2029 is wel heel erg ver weg. Er zijn echt maar een beperkt aantal dingen waarvan wij zeggen ...

De **voorzitter**:

Mevrouw De Korte, maakt u uw punt.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Ik word buiten de microfoon om even gecorrigeerd door een collega dat het dan drie jaar na inwerkingtreding is. Maar wij vragen in de toelichting toch eigenlijk niet om een volledige evaluatie, maar echt alleen op een specifiek aantal punten. Het gaat vooral om de toetsing die heeft plaatsgevonden en wat dat dan voor effect heeft op zorgorganisaties. Het is dus geen hele brede toetsing, maar een beperkte toetsing. Dat zou voor ons heel erg wenselijk zijn.

Minister **Agema**:

Nee, dan is het ontraden. Maar als ze bereid is er 2029 van te maken, heeft ze een aangenomen amendement.

De **voorzitter**:

Dan is het amendement op stuk nr. 14 ontraden. Dan het amendement op stuk nr. 15.

Minister **Agema**:

Het amendement op stuk nr. 15 over de ministeriële regelingen voorhangen wil ik oordeel Kamer geven.

Dan het amendement op stuk nr. 16. Daar hebben we het uitvoerig over gehad.

Het amendement op stuk nr. 17, dat later nr. 25 is geworden: ja, ontraden zolang ...

De **voorzitter**:

Het amendement op stuk nr. 15 over de voorhang is: oordeel Kamer.

Het amendement op stuk nr. 16 van Claassen en De Korte over de opt-out is ontraden, tenzij het wordt aangepast.

De heer **Claassen** (PVV):

De aanpassing die ik in de aanbieding heb, is dat ik ga vragen om het amendement zo te wijzigen dat er ongeveer zal komen te staan dat het amendement in werking gaat binnen één jaar na de inwerkingtreding van deze wet.

De **voorzitter**:

Dat lijkt op koehandel.

Minister **Agema**:

Nee, maar dat is echt heel lastig, want dan zit je precies aan het beginvak van de tweede tranche. Die loopt van maart '27 tot maart '29. Het kan best zijn dat wij hier in de Kamer er gewoon wat langer over gaan doen met elkaar. Wij gaan met z'n allen zo hard mogelijk lopen. Hoe harder we met elkaar lopen, hoe eerder het is geregeld. Daarom

zou het me een lief ding waard zijn als de heer Claassen wat betreft de timing aansluit bij de opt-out in de EHDS. Dan heeft hij ook een echt mooi amendement binnengehaald.

De **voorzitter**:

Het amendement op stuk nr. 16 blijft ontraden. Het amendement op stuk nr. 19.

Minister **Agema**:

Het amendement op stuk nr. 17 dat nr. 25 werd.

De **voorzitter**:

Oké. Dat is het amendement op stuk nr. 25 van Van Dijk en De Korte.

Minister **Agema**:

Daar hebben de heer Van Dijk en ik ook wat langer bij stilgestaan. Ja.

De **voorzitter**:

Dat was in deze vorm ook ontraden.

Minister **Agema**:

Ja.

De heer **Diederik van Dijk** (SGP):

Ik zou daar inderdaad nog even op terugkomen. Ik ben er nog steeds van overtuigd dat het amendement dat ik voorstel staatsrechtelijk de meest zuivere route is en ook de beste waarborg biedt voor volwaardige betrokkenheid van de Kamer, dus ik houd vast aan dit amendement.

De **voorzitter**:

Prima. Dan blijft het amendement op stuk nr. 25 ontraden.

Minister **Agema**:

Ja, maar dan blijft nog even het gaatje richting de Kamer dat ik dus wel de bereidheid heb om het koninklijk besluit voor te hangen. Ik hoor u dus nog wel daarover.

De **voorzitter**:

U heeft dat inderdaad aangegeven. Misschien dat iemand anders die handschoen dan nog oppakt.

Minister **Agema**:

Ja. Het amendement op stuk nr. 19 van het CDA: oordeel Kamer.

Dan het amendement op stuk nr. 20 van de heer Krul, nee, van de heer Bushoff ...

De **voorzitter**:

Bushoff en Krul.

Minister **Agema**:

Oordeel Kamer.

Het amendement op stuk nr. 21: ook oordeel Kamer.

Het amendement op stuk nr. 22 over kwaliteitsregistraties door een rechtspersoon zonder winstoogmerk. Ik ga even in mijn papieren kijken. Oordeel Kamer. Ik ben het met de heer Bushoff eens dat de kwaliteitsregistratie door een rechtspersoon zonder winstoogmerk moet zijn. Ik vind het prima om dit op wetsniveau te regelen in plaats van in een ministeriële regeling en daarom geef ik het amendement oordeel Kamer.

Dan het amendement op stuk nr. 23, over bij AMvB regels kunnen stellen over de kwaliteitsregistratie beschermen tegen buitenlandse actoren. Natuurlijk wil ik dat ook oordeel Kamer geven.

De voorzitter:

Dan bent u rond, volgens mij.

Minister Agema:

Het amendement op stuk nr. 25 ... Dat was nr. 17.

De voorzitter:

Ja, dat heeft u al van een oordeel voorzien. Dat was ontraden.

Dan zijn wij daarmee gekomen aan het einde van de eerste termijn van de minister.

Minister Agema:

Ik heb nog één opmerking, als u mij dat toestaat.

De voorzitter:

Ja, prima. Als er nog een nabrander is, kan dat.

Minister Agema:

Ten slotte heb ik in de richting van de heer Claassen nog de opmerking dat in 2026 de opt-out in internetconsultatie gaat. Dat kan de heer Claassen ook al duidelijkheid geven.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan zijn we daarmee nu wel aan het einde gekomen van de eerste termijn van de kant van het kabinet en gaan we over naar de tweede termijn van de kant van de Kamer. Het w... Een tweede nabrander! Dat is nieuw bij de commissie voor VWS.

Minister Agema:

Maar u bent ook heel vlot, voorzitter. Ik kan mevrouw De Korte een invoeringstoets op grote lijnen toezeggen om bij te kunnen sturen over twee jaar. Deze toezegging kan ik doen.

De voorzitter:

Dat gaat over het amendement op stuk nr. 14 van mevrouw De Korte. Dat is nog steeds ontraden tenzij aangepast conform wat de minister aangeeft. Maar zij zegt in ieder geval een invoeringstoets na een jaar toe, begrijp ik. Twee jaar?

Minister **Agema**:
Ja.

De **voorzitter**:
Zij zegt een invoeringstoets na twee jaar toe. Dank u wel.

Dan is het woord nu aan de heer Bushoff van GroenLinks-PvdA.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):
Dank u wel, voorzitter. Uiteraard dank voor de beantwoording van de minister, geholpen door de ambtelijke ondersteuning.

Voorzitter. Ik ga het kort houden. Ik heb nog twee moties. Laten we kijken wat de minister daarmee kan. Ik hoop op overnemen of oordeel Kamer geven omdat ik denk dat we bij beide moties het doel in ieder geval delen. De eerste motie gaat erover dat je graag wil dat heel specifieke aandoeningen beter beschermd worden dan andere, omdat dat zo kwetsbaar kan zijn. Daarover de volgende motie.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat bij kwaliteitsregistraties over zeldzame aandoeningen het zou kunnen voorkomen dat de cliëntpopulatie zodanig klein is dat ook na pseudonimisering gegevens herleidbaar blijven tot individuele personen;

overwegende dat bij kwaliteitsregistraties van medisch-ethische kwesties, zoals medisch-specialistische transgenderzorg, het nog belangrijker is dat de gegevens niet herleidbaar zijn tot het individu;

verzoekt de regering om de verwerkingsverantwoordelijke in deze gevallen aanvullende technische en organisatorische maatregelen voor te schrijven, aanvullend op het pseudonimiseren, die de bescherming van persoonsgegevens van patiënten bevorderen, zodat datadeling altijd verloopt via de best beschikbare techniek,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:
Deze motie is voorgesteld door het lid Bushoff.

Zij krijgt nr. 26 (36278).

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):
Dit dus met als doel om te voorzien in een extra waarborg juist voor dit soort gegevens. Ik hoor graag wat de minister daarvan vindt.

Voorzitter. Dan de volgende motie.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het wetsvoorstel grondslagen biedt om bij ministeriële regeling nadere voorschriften te stellen met betrekking tot de verstrekking van gegevens door zorgaanbieders aan kwaliteitsregistraties, waaronder op het gebied van beveiliging;

overwegende dat het van groot belang is dat de digitale veiligheid in de zorg op orde is en dit de mogelijkheid biedt de databeveiliging aan de hoogste standaarden te laten voldoen, zoals aan de NEN-normen over informatiebeveiliging;

verzoekt de regering in de AMvB op te nemen dat voor de normen van pseudonimiseren gebruik wordt gemaakt van de actueel meest gezaghebbende, effectieve, technische en organisatorische maatregelen om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of enige andere vorm van onrechtmatige verwerking, en dit tevens te controleren en in het uiterste geval uiteraard ook te handhaven,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Bushoff.

Zij krijgt nr. 27 (36278).

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Voorzitter. Ik heb hier nog een heel korte toelichting op. Het is natuurlijk heel erg van belang om dit te beveiligen volgens de meest strenge normen. Daarnaast lijkt het me ook wenselijk dat we kijken of die dan wel worden nageleefd, omdat we weten dat het daar op dit moment nog weleens aan schort in het zorgveld. Ik denk dus dat het zinvol is dat we niet alleen de strengste normen opleggen, maar vervolgens ook af en toe kijken of die wel worden nageleefd.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Een interruptie van de heer Krul.

De heer **Krul** (CDA):

Ik steek meteen de hand in eigen boezem, hoor, maar de commissie voor VWS heeft er een beetje een handje van om bij elkaar te komen, vervolgens heeft iedereen een inbreng waarin staat dat we minder regeldruk willen en dan lopen we de zaal uit met meer regeldruk. Ik begrijp echt wat de heer Bushoff zegt in zijn eerste motie, maar ik zou ook willen voorkomen dat we nu weer iets compliceren wat al gecompliceerd is. Dus zou de heer Bushoff kunnen uitleggen hoe zo'n extra waarborg, of hoe hij dat ook precies heeft geformuleerd, op zo'n manier zou kunnen dat we niet weer met extra regeldruk hier de deur uit lopen?

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Kort daarop heb ik drie dingen; ja, ik ga echt proberen om het kort te houden.

Volgens mij heeft de minister in het verslag aangegeven dat zij in de voorliggende wet een mogelijkheid ziet om in specifieke gevallen aanvullende waarborgen in te zetten voor de beveiliging van kwetsbare gegevens. Dus die mogelijkheid is er, als ik het me goed herinner. Ik verzoek de minister dus eigenlijk met mijn motie om gebruik te maken van die mogelijkheid die al geboden wordt in de gevallen die ik net noemde in de motie. Ik denk dat dat — dan kom ik bij mijn laatste punt — niet per se tot heel erg veel administratieve handelingen voor in ieder geval zorgverleners gaat leiden. Het moet bij die gegevenswerkers natuurlijk in veilige handen zijn. Ik denk dus dat de mogelijkheid al geboden wordt en ik verzoek per motie om die mogelijkheid te gebruiken voor de groepen die ik net noemde. Volgens mij komt dat op het bordje van de gegevenswerkers en niet van de zorgverleners. Mocht ik ernaast zitten, dan hoor ik dat graag nog van de minister en dan kijken we verder.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw De Korte van NSC.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dank u wel, voorzitter. Nou, we hebben weer een flink debat gehad over een wet die impact heeft op patiënten en ziekenhuizen. Ziekenhuizen worden verplicht om gegevens aan te leveren aan best veel kwaliteitsregisters. We blijven steun geven aan het amendement van de heer Claassen, dat wij mede hebben ingediend, voor de opt-out. De concessie is dan een jaar na inwerkingtreding, maar als dat nu al opgestart wordt, dan hebben mensen anderhalf jaar. Dat lijkt ons een goede middenweg.

Dank dat u het amendement over de voorhang oordeel Kamer heeft gegeven.

Dan de evaluatie. De minister kwam met een invoeringstoets na twee jaar. We gaan er nog even over nadenken of dat een mooie tussenoplossing is.

Ten slotte de beveiliging van data. Mijn voorganger had soortgelijke moties. We wisten het niet van elkaar, maar misschien zijn ze ook mooi aanvullend op elkaar. Het is de volgende.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de Wkkgz, grondslag gaat bieden voor het verwerken van patiëntgegevens door de daartoe toegelaten landelijke organisaties;

overwegende dat landelijke databestanden met patiëntgegevens zeer gevoelig zijn voor cybercriminaliteit en daarom de allerbeste beveiliging behoeven;

overwegende dat experts aangeven dat voorafgaand aan het inrichten van landelijke databestanden eisen gesteld moeten worden aan optimale beveiliging;

overwegende dat het Nationaal Cyber Security Centrum (NCSC) heeft aangetoond dat recente ontwikkelingen op het gebied van privacy-enhancing technologies (PET's) op

grote schaal inzetbaar zijn;

verzoekt de minister om aanvullend op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de Wkkgz, in de ministeriële regeling op te nemen dat landelijke datasets voor kwaliteitsregistraties en de overdracht van data beveiligd dienen te worden tegen cybercriminaliteit en het risico dat een individu herkenbaar is, het herleidbaarheidsrisico, en daarbij indien mogelijk gebruikgemaakt wordt van de nieuwste technische mogelijkheden voor privacybescherming zoals (secure) multi-party computation, en verzoekt de minister de Kamer hierover zo spoedig mogelijk te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid De Korte.

Zij krijgt nr. 28 (36287).

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan gaan we over naar de heer Claassen van de PVV.

De heer **Claassen** (PVV):

Voorzitter. Zoals de meeste mensen mij kennen, ben ik meestal op zoek naar logica en ratio. En als de logica en ratio ontbreken — als bijvoorbeeld een amendement eerst oordeel Kamer krijgt en het dan door allerlei andere dingen ineens anders wordt, ontgaat mij de logica en ratio — en er daarom vragen worden gesteld en geopperd wordt dat het ontbreekt en dat het heel lastig is om te snappen wat de minister bedoelt en de minister dat dan beoordeelt als een tirade, dan vind ik dat jammer, want het is echt geen tirade. Het was bijna eigenlijk pure onmacht om te proberen te snappen wat er gebeurt als een amendement geapprecieerd wordt. Dus nee, zeker geen tirade. Als ik dat allemaal zo goed gehoord heb, dan denk ik dat het voorstel "één jaar na inwerkingtreding van de wet" een hele logische is. Immers, de minister gaf aan: in 2026 is de internetconsultatie en dan gaat de tweede tranche beginnen. Nou, dan hebben we de eerste tranche gehad. Ik zie dan echt geen belemmeringen meer om als tegemoetkoming te zeggen: één jaar na inwerkingtreding van de wet. Ik zou zeggen: een top-idee en doorpakken, minister.

Daar zou ik het bij willen laten.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Tielen van de VVD.

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u, voorzitter. Ik zal heel eerlijk zijn: ik zie weleens op tegen debatten met minister Agema, omdat het dan een soort pingpongspel is waarbij ... Nee, dat hoeft ik allemaal niet te zeggen. Vandaag vond ik het een goed debat. Ik wil dan ook een compliment geven aan de minister. Zij weet wat het doel is van de wet, kan het goed uitleggen,

luistert naar de Kamer, denkt mee. Volgens mij komen we zo ook echt ver. Ik moet dus zeggen dat ik vanavond een plezierig debat had.

Ik heb wel nog een paar moties, die ik gewoon voor ga lezen.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de cyberdreiging toeneemt, ook in de zorgsector;

constaterende dat de cyberveiligheid in de financiële sector wordt geborgd door gesimuleerde cyberaanvallen die door De Nederlandsche Bank worden gecontroleerd, in lijn met de Europese Digital Operational Resilience Act;

overwegende dat gesimuleerde cyberaanvallen ook in de zorgsector bijdragen aan de cyberveiligheid van zorg en medische en gezondheidsgegevens;

constaterende dat de wet kwaliteitsregistratie in artikel 11r, onderdeel b, ruimte biedt voor een ministeriële regeling die een dergelijk protocol voorschrijft;

verzoekt de regering om de lessen uit de financiële sector toe te passen en gesimuleerde cyberaanvallen voor de zorg op te nemen in een ministeriële regeling,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Tielen en Bushoff.

Zij krijgt nr. 29 (36278).

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dan had ik een motie over de spoedzorg, maar ik vond de uitleg van de minister eigenlijk best wel heel helder, dus die ga ik niet indienen.

Ik heb nog wel een motie over de transparantie van kwaliteit.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de motie-Tielen (31765, nr. 894) is aangenomen waarin de regering wordt verzocht om met een plan concreet te maken hoe en op welke termijn transparantie van kwaliteit stap voor stap inzichtelijk wordt;

overwegende dat ook kwaliteit-van-levendata een grotere rol moeten spelen bij het samen beslissen over behandelingen, onder andere met dure geneesmiddelen;

verzoekt de regering om bij de uitwerking van voornoemd stappenplan ook kwaliteit-van-

levendata mee te nemen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Tielen en Krul.

Zij krijgt nr. 30 (36278).

Mevrouw **Tielen** (VVD):

En tot slot de motie over prestatiebekostiging. We hebben het daar even kort over gehad. Ook in dit geval was ik positief over wat de minister erover zei, maar ik dacht: ik neem het toch mee in een motie.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de Wet kwaliteitsregistraties zorg moet bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg;

overwegende dat kwaliteitsregistraties ook kunnen bijdragen aan het bekostigen van zorg op basis van uitkomsten, waaronder kwaliteit van leven;

overwegende dat dergelijke bekostiging kan leiden tot passende zorg en doelmatiger inzet van middelen;

verzoekt de regering om in de zorgakkoorden mee te nemen op welke manier prestatiebekostiging op basis van kwaliteit bijdraagt aan passende zorg,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Tielen.

Zij krijgt nr. 31 (36278).

Mevrouw **Tielen** (VVD):

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan is het woord aan mevrouw Rijkers-Oosterkamp van de BBB.

Mevrouw **Rijkers-Oosterkamp** (BBB):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb twee moties.

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat de Wet kwaliteitsregistraties zorg mede beoogt om de administratieve lasten voor zorgverleners te verlagen;

overwegende dat heldere, toetsbare doelen noodzakelijk zijn om daadwerkelijk te kunnen beoordelen of administratieve lasten ook daadwerkelijk afnemen;

verzoekt de regering om door het Zorginstituut het aantal uitgevraagde kwaliteitsindicatoren jaarlijks in beeld te laten brengen en dit te communiceren met de Kamer,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Rijkers-Oosterkamp.

Zij krijgt nr. 32 (36278).

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat het wetsvoorstel verwerking van medische gegevens zonder toestemming mogelijk maakt voor kwaliteitsregistraties die zijn opgenomen in het register van het Zorginstituut;

overwegende dat transparantie richting patiënten essentieel is voor vertrouwen in de zorg en gegevensverwerking, ook als geen expliciete toestemming wordt gevraagd;

overwegende dat veel patiënten niet vanzelf op de hoogte zullen zijn van het bestaan van kwaliteitsregistraties, het doel ervan en de wijze waarop hun gegevens worden beschermd;

verzoekt de regering ervoor te zorgen dat zorgaanbieders en het Zorginstituut een toegankelijke en begrijpelijke communicatiestrategie opstellen en uitvoeren richting patiënten zodra een kwaliteitsregistratie wordt opgenomen in het register, waarbij ten minste wordt toegelicht om welke registratie het gaat, welke gegevens worden gebruikt, wat het doel is van de registratie en hoe de privacy wordt gewaarborgd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door het lid Rijkers-Oosterkamp.

Zij krijgt nr. 33 (36278).

Mevrouw **Rijkers-Oosterkamp** (BBB):

Dank u wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan gaan we over naar de laatste spreker van de kant van de Kamer. Dat is de heer Krul van het CDA. Nee, hij laat de tweede termijn aan zich voorbijgaan. Dan kijk ik even naar de minister om te zien hoelang zij nodig denkt te hebben. Zij zegt dat ze tot 21.00 uur nodig heeft, dus dat zijn tien minuten. Ik schors de vergadering tot 21.00 uur.

De vergadering wordt van 20.52 uur tot 21.01 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. We zijn toe aan de tweede termijn van de kant van het kabinet. Er zijn een achttal moties die vragen om een appreciatie. Het woord is aan de minister.

Minister **Agema**:

De motie op stuk nr. 26 is overbodig omdat ik het via de ministeriële regeling organiseer. Ik ga het dus al doen.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Sorry, voorzitter. Ik sprak net buiten de microfoon. Dat moet ik niet doen, dus daarom vraag ik via de microfoon: is de motie overbodig omdat de minister gewoon gaat doen wat hier staat?

Minister **Agema**:

Ja. Ik ga dit via de ministeriële regeling regelen.

De **voorzitter**:

Dan de motie op stuk nr. 27.

Minister **Agema**:

Die geef ik oordeel Kamer.

Dan de motie op stuk nr. 28. Ik zie veel potentie in dit soort technieken, die nu en in de toekomst gegevens van patiënten nog beter kunnen beschermen. Technieken zoals multi-party computation kunnen nu namelijk nog niet op grote schaal worden toegepast. Daarmee is de motie nu niet uitvoerbaar. Maar zodra dat uitvoeringstechnisch wel kan, ga ik dat natuurlijk in de ministeriële regeling verplichten. Maar ik moet de motie nu ontraden.

De **voorzitter**:

De motie op stuk nr. 28 is ontraden. Mevrouw De Korte?

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Misschien heeft de minister een oude versie van de motie, want ik heb overleg gehad. Ik heb er "indien mogelijk gebruik te maken" tussen gezet. Ik dacht: misschien is er toch een mogelijkheid om de motie oordeel Kamer te geven.

De **voorzitter**:

U dacht dat dat zou helpen.

Minister **Agema**:

Laat me even kijken naar deze motie. Mevrouw De Korte heeft er "indien mogelijk" tussen gezet. Mevrouw De Korte, ik ga het zo doen dat ik het zo lees dat op het moment dat dat mogelijk is, ik het dán in de ministeriële regeling ga verplichten. Dat betekent dus niet: nu. Volgens mij zijn er nu namelijk drie umc's die dit kunnen en dit ook nog eens extern laten organiseren. We zijn er dus nog lang niet. Maar ik ga het tegen die tijd, als het kan, in de ministeriële regeling opnemen.

De **voorzitter**:

Kan mevrouw De Korte met die interpretatie leven? Als u met de interpretatie van de minister kunt leven, dan is het oordeel Kamer. Dat is het geval. Dan krijgt deze motie oordeel Kamer.

Minister **Agema**:

De motie op stuk nr. 29: oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 30: oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 31 van mevrouw Tielen is een hele lastige motie. De teksten van de zorgakkoorden kan ik namelijk niet meer aanpassen. Als ik de motie zo mag lezen dat prestatiebekostiging geen belemmering mag vormen voor passende zorg, en al helemaal niet voor de kwaliteit, dan zeg ik haar toe dat ik dit meeneem in de gesprekken met de sector. In dat geval ...

De **voorzitter**:

Kan mevrouw Tielen leven met die interpretatie?

Minister **Agema**:

... kan ik 'm overnemen.

De **voorzitter**:

O, overnemen. Heeft er iemand bezwaar tegen dat de motie op stuk nr. 31 wordt overgenomen? Dat moet ik altijd even vragen. Dat is niet het geval.

De motie-Tielen (36278, nr. 31) is overgenomen.

Minister **Agema**:

De motie op stuk nr. 32: oordeel Kamer.

De motie op stuk nr. 33: ook oordeel Kamer.

De **voorzitter**:

De heer Bushoff voor zijn administratie.

De heer **Bushoff** (GroenLinks-PvdA):

Ja, voor de administratie. Mijn eerste motie, op stuk nr. 26, was eigenlijk overbodig omdat de minister zei dat te gaan doen per AMvB. Ik trek de motie in als die overbodig is.

De **voorzitter**:

Omdat het toch al gebeurt, wordt de motie op stuk nr. 26 ingetrokken. Dus dat is bereikt.

Aangezien de motie-Bushoff (36278, nr. 26) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

Minister **Agema**:

Mevrouw Tielen vroeg nog hoe het in z'n werk gaat als zo'n koninklijk besluit wordt voorgehangen: wat kunnen we dan nog? Bij het voorhangen wordt een koninklijk besluit in concept aan de Tweede en de Eerste Kamer gestuurd. Dit gebeurt minimaal vier weken voordat het aan de koning wordt voorgelegd. De Kamer kan dan vragen stellen, een debat houden, moties en amendementen indienen, of stellen dat ze de uitbreiding niet wil. U kunt dan uiteraard een gewijzigd amendement indienen.

De **voorzitter**:

Maar dat betekent wel dat er een amendement moet worden ingediend waarin er een voorhang voor het koninklijk besluit wordt geregeld.

Minister **Agema**:

Ja.

De **voorzitter**:

Dat kan nog tot de stemmingen.

Minister **Agema**:

Daarbij wil ik ook nog aangeven — ik zei dit al in de richting van de heer Van Dijk — dat dit kader straks toepasbaar is op alle sectoren.

De **voorzitter**:

Dat heeft u helder gemaakt in de beantwoording.

Minister **Agema**:

In de richting van de heer Claassen merk ik op dat ik hoop dat hij echt wil aansluiten bij de inwerkingtreding van de opt-out en de EHDS. Hij is bereid geweest om een jaar op te schuiven. Ik hoop echt dat hij daarbij wil aansluiten, want dan heeft hij echt een mooi amendement voor iets wat ik ook heel graag zou willen regelen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dat is een handreiking. Dat betekent dat we daarmee gekomen zijn aan het einde van deze tweede termijn van het kabinet en daarmee ook aan het einde van het debat over de Wet kwaliteitsregistraties in de zorg.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**:

De stemmingen over de amendementen, al dan niet gewijzigd of nog aangevuld, en over de moties vinden plaats op 13 mei aanstaande. Ik neem aan dat als er nog nieuwe

amendementen bij komen, er nog een appreciatie van de minister in een brief gaat komen. Daar is dus nog even tijd voor. Ik wens iedereen in ieder geval een fijn en nuttig meireces toe. Voor degenen die eraan toe zijn: rust ook een beetje uit. Ik sluit de vergadering.

Sluiting

Sluiting 21.06 uur.