

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Inhoudsopgave

Introductie

- 1. Inleiding en leeswijzer**
- 2. Hoofdpijnen van het voorstel**
 - 2.1 Informatieverstrekking CIZ en zorgkantoren aan college van B&W over aard Wlz zorg om samenloop met Jeugdwet en Wmo 2015-voorziening te signaleren en zonodig te voorkomen (Artikel I, onderdeel A en Artikel II onderdeel B en C)
 - 2.1.1 Samenloop Wmo 2015 en Wlz
 - 2.2 Het opnemen van een terugvorderingsbepaling in de Jeugdwet (artikel I, onderdeel B) en de Wmo en het schrappen van het dubbel opzetvereiste uit de Wmo 2015 (Artikel II, onderdeel A en Artikel VI)
 - 2.3 De verplichting voor zorgaanbieders en het CAK om gegevens, waaronder gegevens over de gezondheid en het burgerservicenummer te verstrekken aan gemeenten en GGD'en in verband met de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (artikel II, onderdeel D)
 - 2.4 Rechtsgrondslag RIVM – bevolkingsonderzoeken en screeningen (artikel III)
 - 2.4.1 Inleiding
 - 2.5 Rijksvaccinatieprogramma: Gegevensuitwisseling tussen RIVM en de uitvoerders van het Rijksvaccinatieprogramma (artikel IV)
 - 2.6 Gegevensuitwisseling in verband met het vinden van een passende plaats in een instelling ihkv de Wzd (artikel V)
- 3. Verhouding tot hoger recht**
 - 3.1 Beroepsgeheim
 - 3.2 Caribisch Nederland
- 4. Gegevensbeschermingseffectbeoordeling (DPIA)**
 - 4.1 Inleiding
 - 4.2 Ondersteuning gemeenten bij borging privacy en gegevensuitwisseling
- 5. Advies en consulatie**
 - 5.1 Uitvoeringstoetsen

Introductie

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over het voorstel houdende wijziging van een aantal wetten op het terrein van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de grondslagen voor gegevensverwerkingen te verstevigen (Verzamelwet gegevensverwerking VWS II.b). Er zijn door de leden van de fracties van de PVV, GroenLinks-PvdA, VVD, NSC, D66, BBB, CDA en de SP vragen gesteld en opmerkingen gemaakt. Ik dank de leden voor hun inbreng en hoop met de beantwoording van de gestelde vragen de nog bestaande onduidelijkheden te kunnen wegnemen.

1. Inleiding en leeswijzer

In deze nota naar aanleiding van het verslag wordt de volgorde van het verslag van de vaste commissie voor VWS aangehouden. Daarbij zijn de vragen en opmerkingen uit het verslag integraal opgenomen in cursieve tekst en de beantwoording daarvan in gewone typografie.

2. Hoofdpijnen van het voorstel

2.1 Informatieverstrekking CIZ en zorgkantoren aan college van B&W over aard Wlz zorg om samenloop met Jeugdwet en Wmo 2015-voorziening te signaleren en zonodig te voorkomen (Artikel I, onderdeel A en Artikel II onderdeel B en C)

De leden van de PVV-fractie lezen dat de voorstellen een verdere reductie van de administratieve lasten met zich meebrengen. Kan de regering per voorstel aangeven met welk percentage de administratieve lasten omlaag zullen gaan en op welke termijn?

Voorliggend wetsvoorstel is als onderdeel van het wetsvoorstel Verzamelwet gegevensverwerking VWS II¹ voorgelegd aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR). Het ATR heeft geadviseerd om het wetsvoorstel bij uw Kamer in te dienen. Het ATR heeft daarbij vastgesteld dat het regelen van grondslagen voor de gegevensverwerking in het wetsvoorstel – waaronder de grondslag voor verstrekking van gegevens door het CIZ en de zorgkantoren aan gemeenten ter voorkoming van een onrechtmatige samenloop – bijdragen aan vermindering van de regeldruk. Dit komt doordat uitvoerders minder vaak onzeker zullen zijn over wat ze mogen doen en er geen discussie meer nodig is over de juridische toelaatbaarheid van gegevensverwerking en -verstrekking. Ook vermindert de regeldruk voor zorgaanbieders en cliënten, omdat geen toestemming meer van cliënten hoeft te worden gevraagd. De uitvoering van bestaande taken wordt dus vereenvoudigd.

Er is geen exact percentage te geven van de regeldrukverlaging omdat de specifieke gevolgen voor de regeldruk lastig zijn te kwantificeren. Nadat het wetsvoorstel tot wet is verheven en in werking is getreden, zal de vermindering van de administratieve lasten merkbaar worden.

De leden van de PVV-fractie constateren dat het vragen om toestemming voor het delen van medische gegevens steeds verder wordt ingeperkt. Kan de regering inzichtelijk maken voor welke gegevensverwerking toestemming nog wel gevraagd moet worden aan de patiënt en voor welke gegevensverwerking niet? Hoe wordt voorkomen dat dit voor verwarring zorgt, zowel bij zorgverleners als bij patiënten? Bij welke soorten gegevensverwerking in de zorg heeft de patiënt nog de mogelijkheid tot een opt-in of opt-out?

Allereerst merk ik meer in het algemeen op dat voor het delen van informatie uit het medisch dossier aan derden moet zijn voldaan aan zowel de eisen die gelden voor het doorbreken van het beroepsgeheim in onder meer artikel 7:457 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW) als aan de eisen uit de Algemene verordening gegevensbescherming (hierna: AVG). Zo is de verstrekking van gezondheidsgegevens door zorgverleners aan derden in onder meer mogelijk op grond van een wettelijke verplichting. Uiteraard alleen indien en voor zover een dergelijke wettelijke verplichting noodzakelijk en evenredig is en voldoet aan de overige eisen die de AVG daaraan stelt. Voorbeelden van sectorspecifieke wettelijke verplichtingen om gezondheidsgegevens te verstrekken, zijn opgenomen in de Wet langdurige zorg, de Zorgverzekeringswet en de Jeugdwet. Als er geen wettelijke regeling is, dan is doorgaans uitdrukkelijke

¹ Het wetsvoorstel Verzamelwet gegevensverwerking VWS II is gesplitst in een wetsvoorstel II.a en een wetsvoorstel II.b. De Wet gegevensverwerking VWS II.a is inmiddels in werking getreden op 1 juli 2025 (Stb. 2025, 83 en Stb. 2025, 137).

toestemming van de patiënt vereist, zoals bij zorgverleners die onderling gezondheidsgegevens van de patiënt uitwisselen.

Verder vragen de leden bij welke soorten gegevensverwerking in de zorg de patiënt een mogelijkheid heeft tot een opt-in of opt-out, waarbij een opt-in inhoudt dat expliciete toestemming van de patiënt vereist is voordat gegevens mogen worden verwerkt, terwijl een opt-out betekent dat gegevens verwerkt kunnen worden, tenzij de patiënt daartegen expliciet bezwaar maakt.

Doorgaans is voor de uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen zorgaanbieders de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt vereist, op grond van zowel de AVG als artikel 7:457 BW, tenzij wetgeving tot het verstrekken van persoonsgegevens verplicht. Er is op dit moment in de zorg nog geen sprake van een algemeen opt out-systeem. De European Health Data Space (EHDS) biedt Europese lidstaten de mogelijkheid om in nationale wetgeving een opt-out-regeling voor burgers op te nemen voor de elektronische gezondheidsgegevens die binnen de EHDS-scope vallen². Een opt-out geeft burgers het recht om te bepalen dat hun gegevens, die in een EPD-systeem zijn geregistreerd, niet meer toegankelijk zijn via digitale toegangsdiensten onder de EHDS. De EHDS kiest hiermee uitdrukkelijk niet voor de opt-in-systematiek. Op elektronische gezondheidsgegevens die buiten de EHDS-scope vallen, blijft toestemming vooraf (opt-in) gelden, tenzij (nationale) wetgeving tot verstrekking van gegevens verplicht.

Gedurende het EHDS-implementatieproces, zal ik u verder informeren over de EHDS en daarmee ook over de opt-out-systematiek. Naar verwachting stuur ik begin 2026 een nieuwe update naar uw Kamer.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vragen of de regering kan toelichten in hoeveel gevallen er sprake is van samenloop tussen Jeugdwet- en Wlz-voorzieningen. In hoeveel van deze gevallen heeft een dubbele verstrekking plaatsgevonden? Wanneer is het noodzakelijk voor een goede toepassing van de Wmo 2015 om gegevens over de leveringsvorm te verstrekken?

Uit onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa)³ blijkt dat er in de periode 2017-2019 bij tussen de 1.500 en 2.000 cliënten per jaar sprake is van samenloop tussen Jeugdwet- en Wlz-voorzieningen. Het is niet mogelijk om uitspraken te doen over het aantal gevallen van onrechtmatige samenloop (en dus onterechte dubbele verstrekkingen). Het CIZ, het Zorginstituut Nederland (hierna: ZIN), het Inlichtingenbureau (hierna: IB),⁴ gemeenten, het Ketenbureau i-Sociaal Domein en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (hierna: VNG) hebben wel opgemerkt dat er een risico is op onrechtmatige samenloop. Ook komen gemeenten in de praktijk daadwerkelijk casuïstiek tegen waarbij hier sprake van is.

Met de huidige registertoets⁵ kan het IB met gegevens van het CIZ voor alle gemeenten nagaan welke thuiswonende cliënten die een verzoek voor ondersteuning doen op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (hierna: Wmo 2015) een Wlz-indicatie van het CIZ hebben. Een Wlz-aanspraak is immers voorliggend op een maatwerkvoorziening vanuit de Wmo 2015. Zoals beschreven in de memorie van toelichting, kan een cliënt die een Wlz-voorziening ontvangt ook aanspraak maken op bepaalde Wmo-voorzieningen, zoals vervoer, hulpmiddelen of voorzieningen gericht op participatie. Dit geldt alleen voor Wmo-cliënten met een persoonsgebonden budget (hierna: pgb), een Modulair Pakket Thuis (MPT) al dan

² Patiëntsamenvatting, digitale recepten en uitgifte, medische beelden en verslagen, medisch testresultaten en verslagen en ontslagbrieven.

³ NZa, Samenloop zorg uit verschillende financieringsstromen: Deelonderzoek CBS data, 19 augustus 2022, p. 27 en 29.

⁴ Per 1 juli 2025 is de Stichting Inlichtingenbureau van naam veranderd naar Bureau Informatiediensten Nederland. Omwille van de leesbaarheid is in deze nota naar aanleiding van het verslag de oude naam aangehouden. Op termijn wordt de naamswijziging ook doorgevoerd in de wet- en regelgeving over Stichting Inlichtingenbureau.

⁵ De Wlz Registertoets is een dienst waarmee gemeenten kunnen controleren of een burger die een Wmo-aanvraag doet, een indicatie heeft voor de Wlz.

niet in combinatie met een pgb, of een Volledig Pakket Thuis (VPT) op basis van de Wlz. Daarom is informatie over de leveringsvorm nodig en is het enkele gegeven dat iemand een indicatie voor de Wlz heeft onvoldoende voor een gemeente om te kunnen beoordelen of een cliënt ook in aanmerking komt voor een Wmo-voorziening (vervoer, hulpmiddelen, etc.). Dit wetsvoorstel voorziet daarin. Hierdoor wordt het college beter in staat gesteld om te beoordelen of er alleen recht bestaat op een Wlz-voorziening of dat de gemeente ook een plicht heeft om daarnaast een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015 te verstrekken.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de huidige informatiediensten Wlz-registertoets en Wlz-signalen sinds enige jaren operationeel en effectief zijn. Aan de hand van welke criteria wordt de mate van effectiviteit beoordeeld?

De huidige informatiediensten Wlz-registertoets en Wlz-signalen zijn effectief voor het signaleren van samenloop tussen de Wlz en de Wmo 2015. In totaal maken 332 gemeenten gebruik van de Wlz-registertoets en/of de Wlz-signalen. Voor deze gemeenten zijn er in totaal ongeveer 1 miljoen records van Wmo-gerechtigden waarbij wordt vermoed dat zij een Wlz-indicatie hebben of binnen korte tijd zullen ontvangen. Wekelijks wordt deze samenloop getoetst, waarna gemeenten een rapport ontvangen met de samenlooprecords. In 2024 zijn tot medio november ongeveer 94.000 samenlooprecords gesignaleerd via de Wlz-signalen en circa 200.000 via de Wlz-registertoets.

Gemeenten geven aan dat dit wetsvoorstel helpt om ook onrechtmatige samenloop tussen de Wmo 2015 en de Wlz snel te identificeren. Na een signaal volgt door de gemeente een onderzoek om te bepalen of de maatwerkvoorziening voor de cliënt (gedeeltelijk) kan worden stopgezet. Gemeenten merken op dat dit proces in de huidige situatie nog veel capaciteit vraagt en dat de informatie die beschikbaar is, onvoldoende is om te kunnen beoordelen of een cliënt aanspraak kan maken op een Wmo-voorziening. Dankzij dit wetsvoorstel kan het onderzoek door gemeenten sneller en beter worden uitgevoerd. Daardoor is er minder noodzaak om achteraf met aanbieders te verrekenen en worden dubbelingen voorkomen. Dit vermindert de administratieve lasten.

Verder willen genoemde leden weten in hoeveel gevallen is gebleken dat er sprake was van overlap tussen voorzieningen op basis van de Wmo 2015 en de Wlz?

In de huidige systematiek kan alleen een signaal worden afgegeven over een samenloop tussen de Wmo 2015 en de Wlz en niet over specifiek onrechtmatige samenloop. In 2024 zijn tot november al circa 94.000 signalen afgegeven. Pas na nader onderzoek door de gemeente op basis van het signaal kan worden vastgesteld of er terecht voorzieningen op grond van beide wetten worden verstrekt of niet. Over de uitkomsten van deze onderzoeken door gemeenten worden geen landelijke cijfers bijgehouden. Dit is in de huidige situatie ook niet mogelijk, omdat er momenteel geen grondslag is om deze gegevens te koppelen. Uit navraag bij het CIZ, het ZIN, het IB, gemeenten, het Ketenbureau i-Sociaal Domein en de VNG blijkt wel dat in de praktijk veel gemeenten knelpunten ervaren bij het verkrijgen van goede informatie over de vraag of een cliënt met een Wlz-indicatie ook in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening op basis van de Wmo 2015. Dit kost de gemeente en de cliënt veel tijd en moeite. Daarnaast is de informatie die beschikbaar is onvoldoende om te kunnen beoordelen of een cliënt aanspraak kan maken op een Wmo-voorziening. Dankzij dit wetsvoorstel kan het onderzoek door gemeenten straks sneller en beter worden uitgevoerd.

Deze leden lezen daarnaast dat de naleving van het beleid jaarlijks wordt ge-audit en aangescherpt. Kan er nader worden toegelicht welke aanscherpingen, en welk doel zij beoogden, er tot op heden hebben plaatsgevonden?

Het resultaat van de jaarlijkse audit van het informatiebeveiligingsbeleid van het IB wordt toegelicht in een bijlage bij het jaarverslag van het IB.⁶ Zo kan het informatiebeveiligingsbeleid steeds verder worden aangescherpt. In 2023 zijn de volgende doelstellingen, als volgt aangescherpt:

Aanscherpingen bij doelstelling 1 – ‘Benutting van technische kwetsbaarheden voorkomen’:

- Het kwetsbaarhedenbeheer werd (tijdelijk) niet actief uitgevoerd door beperkte beheersing van de huidige systemen en een proef met een ander systeem. Dit is hersteld met de keuze en implementatie van een nieuw systeem.

Aanscherpingen bij doelstelling 2 – ‘Een beheerkader vaststellen om de implementatie en uitvoering van de informatiebeveiliging binnen de organisatie te initiëren en te beheersen’:

- Onterecht toebedeelde rechten (van een paar medewerkers) zijn ingetrokken. Betreffende medewerkers hadden vergelijkbare rechten moeten hebben en/of waren onwetend van de toegekende rechten. Dit is opgemerkt door een interne audit. Er wordt extra aandacht besteed aan het toekennen van rechten door een beheerder en dat dit enkel en alleen maar mag na een juiste aanvraag.

Aanscherpingen bij doelstelling 3 – ‘Informatiebeveiligingscontinuïteit behoort te worden ingebed in de systemen van het bedrijfscontinuïteitsbeheer van de organisatie’:

- Er wordt met hoge prioriteit gewerkt aan afronding en vaststelling van een uitwijk- en herstelplan en daarbij behorende uitwijktest in 2025.

Genoemde leden lezen tevens dat er gesteld wordt dat de administratieve lasten zijn verminderd voor betrokken partijen. Kan nader toegelicht worden, met behulp van percentages, in hoeverre de administratieve lasten zijn afgenomen?

Voorliggend wetsvoorstel is als onderdeel van het wetsvoorstel Verzamelwet gegevensverwerking VWS II voorgelegd aan het ATR. Het ATR heeft daarbij vastgesteld dat het wetsvoorstel bijdraagt aan vermindering van de regeldruk en geadviseerd het wetsvoorstel bij uw Kamer in te dienen. Er is geen exact percentage te geven van de regeldrukverlaging omdat de specifieke gevolgen voor de regeldruk lastig zijn te kwantificeren.),

Zoals toegelicht in paragraaf 2.1 van de memorie van toelichting, stelt de voorgestelde grondslag gemeenten beter in staat om te beoordelen bij welke cliënten sprake is van onrechtmatige samenloop tussen de Jeugdwet en de Wlz of tussen de Wmo 2015 en de Wlz, of van een wijziging die een herbeoordeling vereist. Hierdoor kan bijvoorbeeld een voorziening op basis van de Wlz en de bijbehorende leveringsvorm worden verstrekt of aangepast. Met deze verbeterde inzichtelijkheid kunnen gemeenten en aanbieders duidelijker vaststellen of een maatwerkvoorziening op basis van de Wmo 2015 of een jeugdhulpvoorziening op basis van de Jeugdwet moet worden verstrekt of beëindigd, en wie verantwoordelijk is voor de financiering.

In de huidige situatie ontbreekt dit inzicht, waardoor gemeenten nader onderzoek moeten doen. Bij veel cliënten wordt jaarlijks samenloop geconstateerd tussen de Wmo 2015 en de Wlz. Het nader onderzoek dat gemeenten vervolgens moeten doen om te kunnen bepalen of de samenloop terecht is, kost hun veel tijd en daarnaast is de beschikbare informatie vaak onvoldoende om het onderzoek goed te kunnen uitvoeren. Het IB geeft aan dat op basis van informatie van gemeenten dit gemiddeld 40 minuten per

⁶ Zie voor het meest recente verslag de bijlage bij *Kamerstukken II 2024/25*, 26 448, nr. 844. De toelichting is te vinden in Bijlage 9 ‘Attestverklaring Informatiebeveiligingsbeleid’. Over het jaar 2025 was ten tijde van het opstellen van deze nota nog geen verslag vastgesteld.

casus kost en het om ongeveer 900.000 casussen per jaar gaat. Door in dit wetsvoorstel een voorziening te treffen voor de informatie-uitwisseling tussen gemeenten (via het IB) en de zorgkantoren kan de gemiddelde tijd per casus aanzienlijk worden teruggebracht. Dit leidt tot een vermindering van de administratieve lasten en regeldruk.

Tot slot lezen de genoemde leden dat ook voor cliënten de verbreding van de bestaande uitwisseling een verbetering betekent. Kan nader worden toegelicht op basis waarvan dit wordt gesteld?

Cliënten weten niet altijd op basis van welke wetgeving zij een voorziening ontvangen. Ook vergeten zij soms wijzigingen hierin door te geven. Dit leidt er niet alleen toe dat gemeenten veel tijd en inspanning moeten besteden aan het achterhalen van deze informatie, maar het vraagt ook extra inzet van de cliënten zelf. Met dit wetsvoorstel kunnen cliënten erop vertrouwen dat de gemeente tijdig beschikt over de benodigde actuele informatie. Hierdoor ontvangen zij hulp op basis van het juiste wettelijk kader en worden zij niet onnodig geconfronteerd met (te late) herzieningen en eventuele terugbetalingen, omdat er discussie is tussen gemeenten en aanbieders over de financiering van de verstrekte voorziening.

De leden van de VVD-fractie lezen dat het verzoek met betrekking tot de zorgvorm niet voldoet aan de voorwaarde in de AVG dat slechts een minimale set aan gegevens mag worden uitgewisseld. Dit roept de vraag op, op welke wijze de voorwaarde van "een minimale set aan gegevens" wordt geïnterpreteerd als het gaat om (elektronische) gegevensuitwisseling in de zorg. Is het mogelijk daar een definitie of omschrijving van te geven? En is deze voorwaarde tot nog toe op andere vlakken belemmerend gebleken?

Het gaat hier om het beginsel van dataminimalisatie dat is opgenomen in artikel 5, eerste lid, onder c, van de AVG. Verwerkingen van persoonsgegevens moeten toereikend zijn, ter zake dienend en beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt. Dit betekent dat organisaties hun taken met zo min mogelijk gegevens moeten uitvoeren en dat er geen grondslagen in de wetgeving worden opgenomen – bijvoorbeeld met betrekking tot (elektronische) gegevensuitwisseling in de zorg – wanneer de noodzaak van de betreffende gegevensverwerking niet is aangetoond.

Met dit wetsvoorstel wordt daarom voor de Wmo 2015 geregeld dat gemeenten van het CIZ en het zorgkantoor alleen gegevens kunnen ontvangen over of een cliënt een toewijzend Wlz-indicatiebesluit heeft ontvangen, de startdatum en datum van beëindiging en welke leveringsvorm het betreft. Deze informatie is noodzakelijk om te kunnen beoordelen of sprake is van onrechtmatige samenloop met de Wmo 2015. Voor de beoordeling van samenloop met de Jeugdwet is het niet noodzakelijk dat gemeenten gegevens ontvangen over de leveringsvorm. Vanuit het beginsel van dataminimalisatie is daarom voor de Jeugdwet alleen geregeld dat gemeenten gegevens kunnen ontvangen over of een cliënt een toewijzend Wlz-indicatiebesluit heeft ontvangen en de startdatum en datum van beëindiging.

Verder hebben de leden van de VVD-fractie in het verslag over de Verzamelwet gegevensverwerking VWS II.a gevraagd naar de mogelijkheden voor versoepeling of andere vereenvoudigingen vanuit de AVG die het makkelijker maken om gegevens te delen die kwaliteit van zorg kunnen bevorderen. Deze leden vinden deze vraag onvoldoende beantwoord in de nota naar aanleiding van het verslag. Zij stellen deze vraag daarom opnieuw: welke mogelijkheden zijn er voor versoepeling of vereenvoudiging van de AVG ten behoeve van het vereenvoudigen van gegevensuitwisseling om kwaliteit van zorg te bevorderen en om onrechtmatigheden en fraude op te sporen?

Zoals opgemerkt onder 1 wordt bij de beantwoording van de vragen wordt de volgorde van het verslag aangehouden. Wellicht ten overvloede wordt voor de duidelijkheid benadrukt dat deze vraag van de VVD-

fractieleden geen betrekking heeft op de samenloop tussen de Wlz-zorg en de Jeugdwet en Wmo 2015 (Artikel I, onderdeel A en Artikel II onderdeel B en C).

Het is primair aan de Uniewetgever om wijzigingen aan te brengen in de AVG. Los daarvan biedt de AVG lidstaten de nodige ruimte om in nationale wetgeving te regelen voor welke doeleinden (bijzondere) persoonsgegevens mogen worden verwerkt. Deze uitwerking heeft in Nederland plaatsgevonden in de Uitvoeringswet AVG (hierna: UAVG) en in specifieke wet- en regelgeving. De genoemde uitwerking in specifieke wet- en regelgeving wordt onder andere met de Verzamelwetten gegevensverwerking VWS, waaronder de Verzamelwet gegevensverwerking VWS II.a en de onderhavige Verzamelwet gegevensverwerking VWS II.b, versterkt.

In het kader van de door de leden van de VVD-fractie genoemde onderwerpen, zijn onder meer de Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (hierna: Wbsrz)⁷ en het onlangs door de Tweede Kamer aangenomen wetsvoorstel kwaliteitsregistraties zorg⁸ van belang. Beide hebben als doel de gegevensuitwisseling te vergemakkelijken, respectievelijk voor fraudebestrijding en voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

De leden van de genoemde fractie lezen dat bij het informatiebeveiligingsbeleid verschillende maatregelen zijn genomen, onder meer dat medewerkers dienen te beschikken over een VOG en dat dit beleid jaarlijks wordt ge-audit en aangescherpt. In hoeverre is controle op echtheid van deze VOG's onderdeel van dit beleid en de naleving ervan?

Het is de verantwoordelijkheid van de werkgever die een verklaring omtrent het gedrag (hierna: VOG) vraagt om te controleren of de werknemer een authentieke VOG heeft en geen vervalsing. Het IB controleert daarom als werkgever de echtheid van VOG's van haar medewerkers.

De leden van de NSC-fractie merken op dat deze verzamelwet gegevensverwerking VWS II.b ingaat op de oplossing van enkele specifieke situaties, maar missen hierin een duidelijke overkoepelende en samenhangende aanpak van de problemen rondom grondslagen voor de verwerking van gezondheidsgegevens en hoe de aanpassingen in deze verzamelwet hiermee samenhangen. Kan de regering hierop ingaan?

Er is gekozen voor een aantal wetsvoorstellen die zien op gegevensverwerking. Vaak zijn dit afgebakende en beleidsmatig beperkte wijzigingen waarvan het praktisch is om die te combineren in een verzamelwet gegevensverwerking. Daarnaast zijn er grotere, meer beleidsrijke trajecten over gegevensverwerking die een eigenstandig wetsvoorstel vergen.

Als het gaat om een overkoepelende visie en samenhangende aanpak ten aanzien van problemen rondom grondslagen wil ik twee fundamentele trajecten die op grondslagen voor gegevensuitwisseling zien, kort bespreken. Eén van die trajecten is 'Heroriëntatie grondslagen voor primair gebruik'. Over de stand van zaken rondom dat traject en de stappen die daarbij worden genomen is uw Kamer bij brief van april 2023 en 2024 geïnformeerd.⁹ Zoals in genoemde brieven is geduïd, wordt er door het ministerie van VWS ingezet op een goede borging van zeggenschap van patiënten en cliënten in de regelgeving ter implementatie van de EHDS. Een ander grondslagentraject ziet op secundair gebruik van gegevens. Voor grondslagen voor gegevensuitwisseling ten behoeve van secundair datagebruik wordt – overeenkomstig de toezegging in de brief aan uw Kamer van april 2024 – de komende tijd een beleidsstandpunt over de

⁷ Stb. 2023, 285.

⁸ Kamerstukken II 2022/23, 36 278, nr. 2. Inbreng voor het tweede verslag door de Eerste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vindt plaats op 7 oktober 2025.

⁹ Kamerstukken II 2022/23, 27 529, nr. 295 en Kamerstukken II 2023/24, 27 529, nr. 317.

ationale invulling van zeggenschap en toestemmingsmodaliteiten uitgewerkt¹⁰. Gezien de recente ontwikkelingen op Europees niveau rond de EHDS geniet het de voorkeur dat er tot op heden nog geen grootschalige nationale aanpak is uitgerold¹¹. Bij het uit te werken beleidsstandpunt ten aanzien van secundair gebruik wordt gezien of, en zo ja hoe, het mogelijk is te differentiëren op gebruiksdoel, gegevensverwerker of gegevenscategorie. Het genoemde beleidsstandpunt zal de komende maanden worden opgesteld en vervolgens breed in de maatschappij worden getoetst.

Gedurende het EHDS-implementatieproces, zal ik u verder informeren over de EHDS en daarmee ook over de opt-out-systematiek. Naar verwachting stuur ik begin 2026 een nieuwe update naar uw Kamer.

De leden van de NSC-fractie lezen dat diverse uitvoeringsorganisaties betrokken zijn zoals het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), gemeenten, zorgkantoren, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) en het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Genoemde leden vragen welke uitvoeringstoetsen er zijn uitgevoerd bij de wetsvoorstellen en of de regering deze uitvoeringstoetsen kan delen met de Kamer.

Het wetsvoorstel verzamelwet Gegevensverwerking II is opgesplitst in de onderdelen II.a en II.b. De uitvoeringstoetsen werden uitgezet voordat deze splitsing plaatsvond. Deze toetsen zijn uitgevoerd door de volgende organisaties: de Autoriteit Persoonsgegevens (hierna: AP), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ), en het ATR. Deze uitvoeringstoetsen worden als bijlage bij dit verslag aan uw Kamer meegestuurd. Met andere instanties heeft ambtelijke afstemming plaatsgevonden, omdat het knelpunt door de betreffende instantie zelf is aangedragen en in afstemming met hen heeft geleid tot de voorgestelde wijzigingen.

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij in kaart heeft gebracht wat de mogelijke negatieve effecten zijn, van meer gegevensuitwisseling met gemeenten over de Wlz-zorg. Is het bijvoorbeeld mogelijk dat gemeenten op basis van deze gegevens besluiten om geen/minder zorg te leveren op basis van de Wmo 2015 of de Jeugdwet, terwijl dit eigenlijk wel noodzakelijk zou zijn? Welke waarborgen zijn er om te voorkomen dat mensen die zorg nodig hebben nadeel ondervinden van deze wijziging?

In de huidige situatie bestaat enerzijds het risico dat een cliënt onterecht zowel een Wlz-indicatie als een Wmo-of jeugdhulpvoorziening voorziening heeft, omdat gemeenten onvoldoende informatie hebben om te beoordelen of deze samenloop terecht is. Het is van belang dat gemeenten deze beoordeling sneller en beter kunnen maken, zodat een onrechtmatige Wmo -of jeugdhulpvoorziening kan worden stopgezet en eventuele terugvorderingen kunnen worden voorkomen. Anderzijds is er in de huidige situatie ook een risico dat de gemeente geen Wmo-voorziening toekent aan een cliënt, omdat de Wlz voorliggend is op de Wmo 2015, terwijl de cliënt mogelijk wél recht heeft op specifieke Wmo-ondersteuning.

Zoals in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel is toegelicht, kunnen cliënten met Wlz-zorg die thuis wonen, daarnaast ook aanspraak hebben op een Wmo-voorziening. Dit wetsvoorstel maakt het mogelijk dat de gemeente niet alleen wordt geïnformeerd dat de cliënt een Wlz-indicatie heeft, maar ook dat hij thuis woont en dus mogelijk in aanmerking komt voor ondersteuning op grond van de Wmo 2015 voor specifieke voorzieningen, zoals vervoer en hulpmiddelen. Het wetsvoorstel kan er dus ook toe leiden dat de cliënt niet minder, maar juist meer ondersteuning krijgt op basis van de Wmo 2015.

¹⁰ Kamerstukken II 2023/24, 27 529, nr. 317.

¹¹ Dit is ook van toepassing op primair gebruik.

Ook bij de toepassing van de Jeugdwet geldt dat de Wlz voorliggend is. Daarom is in de Jeugdwet een bepaling opgenomen die vergelijkbaar is met de bepaling in de Wmo 2015. Deze bepaling houdt in dat de gemeente een jeugdhulpvoorziening kan weigeren als iemand recht heeft op Wlz-zorg voor de betreffende problematiek, of als er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat iemand in aanmerking komt voor Wlz-zorg, maar weigert mee te werken aan het verkrijgen van een indicatiebesluit voor de Wlz. De gemeente is op grond van de Jeugdwet bij Wlz-cliënten alleen verantwoordelijk voor ondersteuning die de cliënt nodig heeft, als deze ondersteuning niet valt onder de verzekerde zorg van de Wlz. Een voorbeeld hiervan is opvoedkundige hulp. Aangezien in de Wlz geen recht bestaat op opvoedkundige hulp, ontstaat er geen overlap tussen de Jeugdwet en de Wlz. Door dit duidelijke onderscheid doet het risico dat een jeugdhulpvoorziening niet wordt toegekend vanwege een Wlz-indicatie, zoals genoemd in de eerste alinea van dit antwoord, zich niet voor bij de uitvoering van de Jeugdwet.

2.1.1 Samenloop Wmo 2015 en Wlz

De leden van de NSC-fractie constateren dat het thuis ontvangen en leveren van Wlz-zorg complex is qua regelgeving. Eerder hebben deze leden al gepleit voor vereenvoudigde regelgeving voor Wlz-zorg thuis in lijn met het NZa-rapport "Scheiden van wonen en zorg in de verpleging en verzorging". Tijdens de begrotingsbehandeling heeft de minister van VWS aangegeven aan de slag te gaan met de vereenvoudiging van de regelgeving. Hoe staat het voorliggende wetsvoorstel in relatie met de vereenvoudiging die de regering wil gaan aanpakken?

Het voorgestelde artikel beoogt informatieverstrekking over de Wlz-indicaties en – voor wat betreft de uitvoering van de Wmo 2015 – leveringsvormen aan gemeenten mogelijk te maken. Deze informatie is van belang voor de goede uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet en kan na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel op korte termijn worden gerealiseerd. Dit staat los van vereenvoudiging van de regelgeving voor Wlz-zorg. In het Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg (hierna: HLO) dat op 3 juni 2025 aan uw Kamer is gestuurd, is beschreven hoe samen met partijen zoals de NZa wordt ingezet op vereenvoudiging van Wlz-zorg zonder verblijf en vereenvoudiging van het proces van Wlz herindicaties voor cliënten in het verpleeghuis en thuis.

De leden van de NSC-fractie lezen dat het CIZ een signaal aan de gemeente geeft indien er mogelijk sprake is van samenloop van wetten. Is er een termijn vastgesteld waarbinnen het signaal aan de gemeente wordt gegeven? Is deze manier van signaaluitwisseling ook uitgetest met de gemeenten? Zo ja, wat waren de ervaringen van deze testen? Zo nee, waarom is het niet uitgetest?

De Wlz-registertoets wordt sinds 2015 gebruikt en is op 1 juli 2020 geactualiseerd met de introductie van de Wlz-signalen. Uiteraard is hier een testtraject aan voorafgegaan, in samenwerking met gemeenten en het CIZ. Dagelijks wordt een vergelijking gemaakt tussen de informatie over de Wlz en de Wmo 2015, en wordt er een rapport voor gemeenten klaargezet met alle nieuwe Wlz-signalen (gevallen waarin sprake is van mogelijke samenloop) die door gemeenten gedownload kan worden.

Kortom, het IB ontvangt dagelijks een bestandsupdate van het CIZ. De Wlz-registertoets is daardoor altijd actueel (maximaal 1 dag verouderd). De Wlz-signalen worden wekelijks vernieuwd, waardoor de signalen maximaal 7 dagen oud kunnen zijn.

Genoemde leden lezen dat sommige cliënten/ouders hun Wlz-zorg niet verzilveren. Deze leden vragen of cliënten/ouders vrijwillig af kunnen zien van Wlz-zorg en of de gemeenten in dat geval bijvoorbeeld Wmo-zorg moeten blijven leveren?

De bepalingen in de Jeugdwet en Wmo 2015 houden in dat een gemeente een individuele voorziening voor jeugdhulp of maatwerkvoorziening kan weigeren indien iemand recht heeft op Wlz-zorg met betrekking tot diezelfde problematiek, of wanneer er gegronde redenen zijn om aan te nemen dat iemand recht zou kunnen hebben op Wlz-zorg, maar weigert mee te werken aan het verkrijgen van een indicatiebesluit voor de Wlz. Jeugdigen, ouders en Wmo-cliënten kunnen afzien van Wlz-zorg, aangezien deze zorg in de meeste gevallen vrijwillig is.¹² In dat geval is de gemeente echter niet verplicht om een voorziening op basis van de Jeugdwet of Wmo 2015 te bieden. Dit is zo geregeld omdat Wlz-zorg intensieve zorg is voor mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap met een blijvende behoefte aan zorg. Gemeenten kunnen dergelijke intensieve zorg niet leveren in het kader van de Jeugdwet of de Wmo 2015. De zorgplicht ligt dan bij het zorgkantoor, dat verantwoordelijk is voor het bieden van passend zorgaanbod op basis van de Wlz.

2.2 Het opnemen van een terugvorderingsbepaling in de Jeugdwet (artikel I, onderdeel B) en de Wmo en het schrappen van het dubbel opzetvereiste uit de Wmo 2015 (Artikel II, onderdeel A en Artikel VI)

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat met dit wetsvoorstel de keuze bij wie wordt teruggevorderd, aan het college van B&W wordt gelaten. Kan er nader worden toegelicht op welke wijze erop toegezien zal worden dat dit in de praktijk niet tot onterechte verschillen, ten nadele van de cliënten tussen gemeenten zal leiden?

Het college van burgemeester en wethouders (hierna: het college) is nu al bevoegd tot herziening dan wel intrekking van een maatwerkvoorziening of pgb op grond van de artikelen 2.3.10 Wmo 2015 en 8.1.4 Jeugdwet. Daarnaast is er nu al een terugvorderingsbevoegdheid op grond van artikel 2.4.1, eerste lid, Wmo 2015. Daarbij is het aan de individuele gemeenten om beleid te formuleren en beslissingen te nemen binnen de kaders van bestaande wet- en regelgeving.

Het toezicht op de uitvoering van deze wettelijke taak ligt bij de gemeenteraad als democratisch gelegitimeerd orgaan. Aan dit alles wijzigt dit wetsvoorstel niets.

De regering beoogt met de voorgestelde wijziging van de Wmo 2015 vooral aanbieders te kunnen aanpakken die verantwoordelijk zijn voor fraude of misbruik van middelen op het gebied van maatwerkvoorzieningen of pgb, vaak ook ten koste van de cliënt. In de praktijk komt het voor dat een aanbieder of derde misbruik maakt van de situatie waardoor de cliënt (die regelmatig in een kwetsbare positie verkeert), onjuiste of onvolledige gegevens verstrekt aan het college en daardoor het college ten onrechte heeft verondersteld dat recht bestond op een maatwerkvoorziening of pgb. In dat geval worden er weliswaar onjuiste of onvolledige gegevens door de cliënt verstrekt, maar valt dit de cliënt veelal niet te verwijten. Op dit moment werkt het wettelijk kader van de Wmo-2015 zo dat er alleen kan worden teruggevorderd als door de gemeente kan worden aangetoond dat én de aanbieder én de cliënt gezamenlijk frauduleus hebben gehandeld (samenspanning). Zoals aangegeven, kan deze samenspanning vaak niet worden aangetoond en gaat ook de aanbieder daardoor ten onrechte vrijuit. Het schrappen van het dubbel opzetvereiste uit de Wmo 2015 maakt het mogelijk om in die gevallen de aanbieder effectiever aan te pakken, zonder dat eerst moet worden bewezen dat de aanbieder én de cliënt, bewust onjuiste informatie hebben verstrekt. Daarnaast kan daarmee ook eenvoudiger worden opgetreden in situaties waarin is komen vast te staan dat de client niet te goeder trouw heeft gehandeld zonder dat de aanbieder daarbij betrokken is geweest. Verder wordt door het dubbel opzetvereiste in de Wmo 2015 te laten vervallen aangesloten bij de nu reeds geldende vormgeving in de Jeugdwet.

¹² Behoudens de mogelijkheden tot het inzetten van gedwongen hulp.

De voorgestelde wijziging van de Wmo 2015 verlaagt de bewijslast en versterkt de handhavingsmogelijkheden van gemeenten. Voor de Jeugdwet verandert de bewijslast niet, maar wordt voorzien in een terugvorderingsbepaling. Voor zowel de Jeugdwet als de Wmo 2015 geldt dat gemeenten de ruimte hebben om eigen beleid te ontwikkelen en op basis daarvan beslissingen te nemen. Tegelijkertijd biedt de Algemene wet bestuursrecht (hierna: Awb) belangrijke waarborgen waar het college vanzelfsprekend aan is gehouden bij een besluit tot terugvordering. Zo volgt uit de Awb dat het college alle relevante informatie voor het nemen van een dergelijk besluit dient te verzamelen en dat het besluit moet zijn gebaseerd op een zorgvuldige belangenafweging. Daarbij mogen de voor één of meer belanghebbenden nadelige gevolgen van een besluit niet onevenredig zijn in verhouding tot de met het besluit te dienen doelen (zie ook de artikelen 3:2, 3:4 en 4:94a Awb).

Tevens voorziet de Awb in rechtsbescherming. Tegen een beslissing tot terugvordering van de gemeente kan op grond van de Awb bezwaar en beroep worden ingesteld. In bezwaar en beroep wordt gekeken naar de motivering en beoordeeld of deze motivering voldoende is. Zoals gezegd, stelt de regering zich voor dat gemeenten als het gaat om misbruik de focus zullen leggen op frauduleuze aanbieders, hoewel het natuurlijk ook kan voorkomen dat cliënten, jeugdigen of hun ouders niet te goeder trouw zijn.

Hoe rijmt de uitspraak dat de keuze wordt gelaten aan het college met het uitgangspunt dat slechts van de cliënt wordt teruggevorderd in die gevallen waarin vast is komen te staan dat sprake is van opzet? Welke kaders en criteria worden gebruikt om te bepalen of er sprake is van opzet en of dit vermoeden voldoende gemotiveerd is?

Zoals reeds toegelicht in voorgaand antwoord is ook nu al geen sprake van een opzetvereiste in artikel 8.1.4 van de Jeugdwet. Met de voorgestelde wijziging van artikel 2.4.1 Wmo 2015 wordt daarbij aangesloten. Daarbij wordt benadrukt dat deze artikelen niet op zichzelf staan, maar in samenhang moeten worden gezien met de artikelen 2.3.10, eerste lid, onderdeel a, Wmo 2015 en 8.1.4, eerste lid, onderdeel a, Jeugdwet. Daaruit volgt onder meer dat een beslissing aangaande een maatwerkvoorziening of pgb kan worden herzien dan wel ingetrokken als de cliënt onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing zou hebben geleid. Het college heeft vervolgens de keuze of, en zo ja bij wie, in dat geval de geldwaarde van de ten onrechte genoten maatwerkvoorziening of pgb wordt gevorderd, afhankelijk van de concrete omstandigheden van het geval. Bijvoorbeeld of er sprake is van het bewust misleiden van het college door de aanbieder of derde of door toedoen van de cliënt, jeugdige of ouder zelf. Zo kan het voorkomen dat een aanbieder of derde misbruik maakt van de situatie door de cliënt, jeugdige of zijn ouders te misleiden of onder druk te zetten om onjuiste of onvolledige gegevens te verstrekken aan het college en daardoor ten onrechte is gemeend dat recht bestond op een maatwerkvoorziening of pgb. In dat geval worden er weliswaar onjuiste of onvolledige gegevens door de cliënt, jeugdige of zijn ouders verstrekt, maar valt hen dit mogelijk niet te verwijten.

Vanzelfsprekend is het college bij het besluit tot terugvorderen gehouden aan de waarborgen van de Awb. Zo volgt uit de Awb dat het college alle relevante informatie voor het nemen van een dergelijk besluit dient te verzamelen en dat het besluit moet zijn gebaseerd op een zorgvuldige belangenafweging. Daarbij mogen de voor één of meer belanghebbenden nadelige gevolgen van een besluit niet onevenredig zijn in verhouding tot de met het besluit te dienen doelen (zie ook de artikelen 3:2, 3:4 en 4:94a Awb). Terugvordering is bijvoorbeeld niet passend als het aanleveren van onjuiste of onvolledige gegevens het gevolg is van een kennelijke vergissing bij de cliënt; gaat het om professionele aanbieders dan kan dat anders liggen omdat op hen een grotere verantwoordelijkheid rust. In de Awb is tevens voorzien in de rechtsbescherming. Tegen een beslissing tot terugvordering kan op grond van de Awb bezwaar en beroep worden ingesteld. In bezwaar en beroep wordt gekeken naar de motivering en beoordeeld of deze motivering voldoende is.

Verder willen genoemde leden weten op welke wijze er rekening wordt gehouden met de situatie en draagkracht van de cliënt?

Bij een besluit tot terugvordering biedt de Awb de nodige waarborgen. Zo is het college verplicht alle relevante informatie te verzamelen en een zorgvuldige belangenafweging te maken. Het college is gehouden aan het evenredigheidsbeginsel (zie ook de artikelen 3:2, 3:4 en 4:94a Awb) waaruit volgt dat de voor één of meer belanghebbenden nadelige gevolgen van een besluit niet onevenredig mogen zijn in verhouding tot de met het besluit te dienen doelen. In voorkomende gevallen zal ook de situatie en draagkracht van de cliënt daarbij worden betrokken. Deze afweging zal in elk individueel geval gemaakt moeten worden. Tot slot is er in de Awb voorzien in de rechtsbescherming van cliënten. Tegen een beslissing tot terugvordering van de gemeente kan op grond van de Awb bezwaar en beroep worden ingesteld. In bezwaar en beroep wordt gekeken naar de motivering en beoordeeld of deze motivering voldoende is.

Genoemde leden lezen dat er gesteld wordt dat in de praktijk de cliënt in de meeste gevallen goedwillend, onwetend of onder druk gezet is. Kan er nader worden toegelicht in hoeveel gevallen van fraude er sprake was van opzettelijk handelen van de cliënt en in hoeveel gevallen de cliënt goedwillend, onwetend of onder druk gezet was?

Op landelijk niveau zijn hierover geen cijfers beschikbaar. Gemeentelijke rapportages en evaluaties wijzen echter uit dat in het merendeel van de gevallen cliënten onbedoeld of uit onwetendheid onjuiste gegevens verstrekken. Opzettelijk handelen door cliënten lijkt een minderheid van de gevallen te betreffen. Veelal wordt de fraude gepleegd door aanbieders of derden die daarbij misbruik maken van de cliënt. Het rapport 'Een wereld te winnen – Over zorgfraude (Wmo 2015 en Jeugdwet)',¹³ dat in opdracht van de VNG is opgesteld, benadrukt ook dat zorgfraude in veel gevallen door aanbieders wordt gepleegd. Hierbij worden cliënten soms onbewust of ongewild betrokken, bijvoorbeeld door onjuiste advisering of het misbruik van hun persoonlijke gegevens door de aanbieder.

Dat het van belang is dat het dagelijks bestuur van gemeenten, het college van burgemeester en wethouders (het college), voldoende handvatten heeft om fraude aan te pakken is iets waar de leden van de VVD-fractie volledig achter staan. De VVD pleit al langer voor een stevige aanpak om fraude in de zorg aan te pakken. Genoemde leden vragen of de voorgestelde wijzigingen hier voldoende aan bijdragen. De Raad van State verwacht dat het doel slechts in beperkte mate bereikt zal worden. Hoe kijkt de regering naar deze uitspraak? Zijn er alternatieven overwogen om het doel te bereiken en zo ja, welke?

De Afdeling advisering van de Raad van State verwacht dat het wetsvoorstel in beperkte mate zal bijdragen aan het aanpakken van fraude met zorggelden aangezien het college alleen kan overgaan tot terugvordering als is vastgesteld dat onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt waardoor ten onrechte is gemeend dat recht bestond op een maatwerkvoorziening of pgb. Terugvordering is op grond van de Wmo 2015 en de Jeugdwet niet mogelijk indien andere gronden zich voordoen. Met de voorgestelde wijziging wordt dit niet anders

Hoewel de terugvorderingsgrondslagen niet worden uitgebreid, is de verwachting dat het wetsvoorstel het college beter in staat stelt om effectiever fraude met zorggelden aan te pakken en zo onrechtmatig besteed geld voor maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp terug te kunnen vorderen. Immers, door het dubbel opzetvereiste in de Wmo 2015 te laten vervallen, hoeft het college niet langer aan te tonen dat

¹³ Te raadplegen via: <https://vng.nl/sites/default/files/2020-09/200630-onderzoek-zorgfraude-publieksversie.pdf>.

én de aanbieder én de cliënt, opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens hebben verstrekt. Signalen uit de praktijk wijzen namelijk uit dat in veel gevallen alleen de aanbieder frauduleus heeft gehandeld.

Het alternatief is niets doen, hetgeen niet tegemoet komt aan het verzoek van de VNG om artikel 2.4.1 Wmo 2015 aan te passen, en niet wenselijk is met het oog op de aanpak van fraude. Deze maatregel maakt bovendien deel uit van een breder pakket om zorgfraude tegen te gaan. Zie daarvoor bijvoorbeeld verschillende brieven aan uw Kamer over fraudebestrijding in de zorg.¹⁴

De genoemde leden delen de opvatting dat mensen die onbedoeld een fout maken, doorgaans niet frauduleus handelen en kunnen zich vinden in het besluit om het dubbel opzetvereiste te laten vervallen. Zorgaanbieders die bewust en opzettelijk misbruik maken van kwetsbare cliënten moeten daarentegen hard worden aangepakt. Deze leden hebben daarom eerder al een "Zevenpuntenplan tegen Zorgfraude" overhandigd. Het is de leden van de VVD-fractie echter niet duidelijk genoeg in welke gevallen wel en niet mag worden teruggevorderd van de zorgaanbieder en in welke gevallen wel en niet van de cliënt. Kan dit nader worden toegelicht?

Het college bepaalt bij wie wordt teruggevorderd. Dit betekent dat afhankelijk van de concrete omstandigheden van het geval bij de aanbieder of derde, dan wel bij de cliënt kan worden teruggevorderd. Bijvoorbeeld of er sprake is van het bewust misleiden van het college door de aanbieder of derde, of door toedoen van de cliënt, jeugdige of ouder zelf. Zo kan het voorkomen dat een aanbieder of derde misbruik maakt van de situatie door de cliënt, jeugdige of zijn ouders te misleiden of onder druk te zetten om onjuiste of onvolledige gegevens te verstrekken aan het college. In dat geval worden er weliswaar onjuiste of onvolledige gegevens door de cliënt, jeugdige of zijn ouders verstrekt, maar valt hen dit niet te verwijten.

Vanzelfsprekend is het college bij het besluit tot terugvorderen gehouden aan de waarborgen uit de Awb. Zo volgt uit de Awb dat het college alle relevante informatie voor het nemen van een dergelijk besluit dient te verzamelen en dat het besluit moet zijn gebaseerd op een zorgvuldige belangenafweging. Daarbij mogen de voor één of meer belanghebbenden nadelige gevolgen van een besluit niet onevenredig zijn in verhouding tot de met het besluit te dienen doelen (zie ook de artikelen 3:2, 3:4 en 4:94a Awb). Het ligt dan ook in de rede dat er geen sprake zal zijn van

terugvordering als het aanleveren van onjuiste of onvolledige gegevens het gevolg was van een kennelijke vergissing bij de cliënt. Gaat het om professionele aanbieders dan kan dat anders liggen omdat op hen een grotere verantwoordelijkheid rust.

De leden van de NSC-fractie hebben kennisgenomen van de voorstellen om terugvordering van geld in geval van fraude aan te passen. Kan de regering nader onderbouwen waarom zij, in tegenstelling tot de Raad van State, verwacht dat met opname van een terugvorderingsbepaling en het schrappen van het dubbelopzet vereiste het beoogde doel bereikt gaat worden? Zijn er ook alternatieven overwogen door de regering om het beoogde doel te bereiken? Zo ja, welke?

De Afdeling advisering van de Raad van State verwacht dat het wetsvoorstel in beperkte mate zal bijdragen aan het aanpakken van fraude met zorggelden aangezien het college alleen kan overgaan tot terugvordering als is vastgesteld dat onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt waardoor ten onrechte is gemeend dat recht bestond op een maatwerkvoorziening of pgb. Terugvordering is niet mogelijk indien een beslissing aangaande een maatwerkvoorziening of pgb wordt herzien dan wel ingetrokken op basis van een andere grond uit de artikelen 2.3.10, eerste lid, Wmo 2015 en 8.1.4, eerste lid, Jeugdwet. Dit wetsvoorstel verandert specifiek aan dit punt niets.

¹⁴ Bijvoorbeeld *Kamerstukken II* 2024/25, 28 828, nr. 140 en *Kamerstukken II* 2024/25, 28 828, nr. 161.

De verwachting is dat het wetsvoorstel het college in staat stelt om effectiever fraude met zorggelden aan te pakken en zo onrechtmatig besteed geld voor maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp terug te kunnen vorderen. Door het dubbel opzetvereiste in de Wmo 2015 te laten vervallen, hoeft het college niet langer aan te tonen dat én de aanbieder én de cliënt opzettelijk in samenspanning onjuiste of onvolledige gegevens hebben verstrekt. Signalen uit de praktijk wijzen namelijk uit dat in veel gevallen alleen de aanbieder frauduleus heeft gehandeld.

Het alternatief is niets doen, hetgeen niet tegemoet komt aan het verzoek van de VNG tot aanpassing van artikel 2.4.1 Wmo 2015 en niet wenselijk is met het oog op de aanpak van fraude. Deze maatregel maakt deel uit van een breder pakket om zorgfraude tegen te gaan¹⁵.

De leden van de NSC-fractie lezen dat het aan het college is om te bepalen of bij de zorgaanbieder of bij de cliënt/ouder terugvordering plaatsvindt. Bij terugvordering kan het over grote bedragen gaan. Deze leden lezen dat het uitgangspunt is dat slechts wordt teruggevorderd als er een deugdelijke motivering is, rekening houdend met de situatie van de cliënt. Hoe wordt daarop toegezien? Wie bepaalt de deugdelijke motivering?

Het is inderdaad aan het college om te bepalen of terugvordering plaatsvindt bij een aanbieder of bij een cliënt. Het college zal het daarbij behorende besluit tot terugvordering deugdelijk dienen te motiveren. De Awb biedt daarbij de nodige waarborgen, zoals rekening houden met de individuele situatie en draagkracht mocht het gaan om een terugvordering bij een cliënt. Daarbij voorziet de Awb ook in rechtsbescherming omdat tegen een beslissing tot terugvordering bezwaar en beroep kan worden ingesteld. Uiteindelijk is het dus aan de rechter om te beoordelen of er sprake is van een deugdelijke motivering voor het genomen besluit tot terugvordering.

Genoemde leden constateren dat cliënten/ouders bij een terugvordering mogelijk in grote financiële problemen kunnen komen. Hoe wordt dit voorkomen?

Het college is verantwoordelijk voor terugvordering en moet beoordelen of het terugvordering noodzakelijk acht. Daarbij zal bepalend zijn wie het college verantwoordelijk houdt voor de onjuiste of onvolledige gegevensverstrekking.

Het college is echter niet verplicht om tot terugvordering over te gaan. Bovendien is het college gehouden aan het evenredigheidsbeginsel (zie ook de artikelen 3:2, 3:4 en 4:94a Awb) waaruit volgt dat voor één of meer belanghebbenden nadelige gevolgen van een besluit niet onevenredig mogen zijn in verhouding tot de met het besluit te dienen doelen. De financiële situatie van de cliënt is hierbij een belangrijke factor die wordt meegewogen.

Verder willen de NSC-leden weten hoe de cliënt in beroep kan gaan tegen een terugvordering?

De terugvordering van de geldwaarde van een ten onrechte genoten maatwerkvoorziening of pgb door het college is een besluit in de zin van de Awb. Tegen dit besluit staat bezwaar en beroep open. Voordat een cliënt in beroep kan gaan, moet eerst bezwaar worden gemaakt. Indien de cliënt het niet eens is met de beslissing op bezwaar kan de cliënt in beroep gaan bij de rechter.

Tot slot vragen de genoemde leden op dit onderwerp hoe wordt omgegaan met het algemene uitgangspunt dat overheidsinstanties gekoppelde gegevensbestanden niet mogen gebruiken om de burger in een slechtere positie te brengen.

¹⁵ Kamerstukken II 2024/25, 28 828, nr. 140.

Op grond van de AVG kan het koppelen van bestanden alleen plaatsvinden als daar een wettelijke grondslag voor bestaat of als er sprake is van verenigbaar gebruik in de zin van de AVG en er passende waarborgen zijn getroffen. De taak voor gemeenten om te controleren of onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt volgt uit de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Op die manier kan fraude worden aangepakt en onrechtmatig besteed geld voor maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp worden teruggevorderd. De grondslag voor het koppelen van bestanden door gemeenten ter bestrijding van fraude in de zorg volgt uit de Wbsrz. Vanuit deze wetten en de AVG gelden passende waarborgen. Zo moet er sprake zijn van doelbinding, dataminimalisatie, transparantie en dient er een belangenafweging plaats te vinden. Ook hebben burgers verschillende mogelijkheden om hiertegen op te treden. Zo kunnen zij o.a. een verzoek indienen tot verwijdering van de via de koppeling verkregen gegevens.

Verder vragen de NSC-leden waarom er naar aanleiding van het advies van de Raad van State niet voor gekozen is om de waarborgen wanneer mag worden teruggevorderd van de cliënt, zoals beschreven in paragraaf 2.2 van de MvT, vast te leggen in de wettekst.

Met voorgestelde wijziging is beoogd het college handvatten te bieden om fraude met zorggelden te voorkomen of aan te pakken en zo onrechtmatig besteed geld voor maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp terug te kunnen vorderen. Het college heeft vanuit de Wmo 2015 en de Jeugdwet de bevoegdheid om zelf het concrete beleid vorm te geven. Daarbij spelen vragen zoals in welke gevallen en bij wie wordt teruggevorderd. In de memorie van toelichting worden enkele aandachtspunten voor dit beleid genoemd. Het is echter aan het college om dit beleid verder uit te werken op basis van de gemeentelijke praktijk. Zoals ook in de memorie van toelichting is opgenomen biedt de Awb belangrijke waarborgen waar het college vanzelfsprekend aan is gehouden.

De leden van de D66-fractie onderschrijven het doel om het college meer handvatten te geven om fraude met zorggelden te voorkomen. De Raad van State geeft echter aan dat met de voorgestelde maatregel dit doel maar in beperkte mate kan worden bereikt. Deze leden vragen of de regering hier nader op kan ingaan.

De Afdeling advisering van de Raad van State verwacht dat het wetsvoorstel in beperkte mate zal bijdragen aan het aanpakken van fraude met zorggelden aangezien het college alleen kan overgaan tot terugvordering als is vastgesteld dat onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt waardoor ten onrechte is gemeend dat recht bestond op een maatwerkvoorziening of pgb. Terugvordering is niet mogelijk indien een beslissing aangaande een maatwerkvoorziening of pgb wordt herzien dan wel ingetrokken op basis van een andere grond dan uit de artikelen 2.3.10, eerste lid, Wmo 2015 en 8.1.4, eerste lid, Jeugdwet. Met dit wetsvoorstel wordt dit niet anders.

Hoewel de terugvorderingsgrondslagen niet worden uitgebreid, is de verwachting dat met dit wetsvoorstel het college in staat is om effectiever fraude met zorggelden aan te pakken en zo onrechtmatig besteed geld voor maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp terug te kunnen vorderen. Immers, door het dubbel opzetvereiste en de vereiste samenspanning in de Wmo 2015 te laten vervallen, hoeft het college niet langer aan te tonen dat én de aanbieder én de cliënt opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens hebben verstrekt. Signalen uit de praktijk wijzen namelijk uit dat in veel gevallen alleen de aanbieder frauduleus heeft gehandeld. Deze maatregel maakt deel uit van een breder pakket om zorgfraude tegen te gaan¹⁶.

Voorts vragen genoemde leden of de regering kan ingaan op de opmerking dat de vordering bij de zorgaanbieder niet gerechtvaardigd zou zijn, als deze er redelijkerwijs vanuit is gegaan op juiste gronden zorg te hebben verleend. Welke gevolgen heeft dit ten aanzien van de uitvoering bij wie de vordering plaatsvindt?

¹⁶ Kamerstukken II 2024/25, 28 828, nr. 140.

Als een aanbieder of derde er redelijkerwijs vanuit mocht gaan dat een cliënt of jeugdige recht had op een maatwerkvoorziening of pgb dan is terugvordering bij één van deze partijen inderdaad niet gerechtvaardigd. Het ligt dan niet in de rede dat het college zal overgaan tot terugvordering bij de aanbieder. Afhankelijk van de concrete omstandigheden van het geval kan het college er voor kiezen terug te vorderen van de cliënt. Bijvoorbeeld als het college vaststelt dat de cliënt bewust onjuiste of onvolledige gegevens heeft aangeleverd. Als het college in een dergelijk geval ervoor kiest terug te vorderen dan zal dit deugdelijk moeten worden gemotiveerd. Er zal bovendien rekening moeten worden gehouden met de situatie en draagkracht van de cliënt.

De D66-leden blijven voorts van mening dat voorkomen van fraude beter is dan achteraf verhalen. Kan de regering (kort) uiteenzetten welke maatregelen daar momenteel al voor worden getroffen en hoe deze wijziging bij dat streven aansluit?

De regering is het er mee eens dat het voorkómen van fraude beter is dan achteraf verhalen. Daarom is er een breed pakket aan maatregelen om fraude tegen te gaan.

Zo is de Wbsrz op 1 januari 2025 in werking getreden. Deze wet maakt het mogelijk dat ziektekostenverzekeraars (zorgverzekeraars en zorgkantoren) en gemeenten elkaar kunnen waarschuwen voor personen of bedrijven waarbij een gerechtvaardigde overtuiging van zorgfraude bestaat. Dit wordt het 'Waarschuwingregister zorgfraude' genoemd. Hiermee worden de mogelijkheden van ziektekostenverzekeraars en gemeenten verbeterd om risicobeperkende maatregelen te nemen bij de inkoop van zorg. Daarnaast biedt de Wbsrz de mogelijkheid om signalen van mogelijke zorgfraude via het Informatieknooppunt Zorgfraude (hierna: IKZ) te verrijken. Dit houdt in dat relevante gegevens, waaronder persoonsgegevens, door betrokken instanties worden samengebracht.¹⁷ Hierdoor wordt een signaal zorgvuldig en efficiënt verrijkt tot een sterker signaal. Het verrijkte signaal wordt vervolgens verstrekt aan de meest geëigende instantie(s). Zo kan een gemeente bijvoorbeeld de gegevens van een (mogelijk) frauderende instelling of zorgverlener en een beschrijving van het vermoeden van fraude ontvangen waarna kan worden bezien of er maatregelen moeten worden genomen, bijv. een terugvordering.

Ook kan het IKZ onderzoek en analyse uitvoeren naar fraude in de zorg. Dit draagt eraan bij dat betrokken instanties eerder en beter (nieuwe) trends en ontwikkelingen in beeld krijgen. Met de Verzamelwet gegevensverwerking VWS I wordt ook gegevensuitwisseling tussen gemeenten onderling en met ziektekostenverzekeraars bij fraudeonderzoek, specifiek in de fase ná gegevensuitwisseling met het IKZ, mogelijk. Dit onderdeel van de Verzamelwet gegevensverwerking VWS I treedt in werking op het moment dat de benodigde wijziging van het Besluit bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg gereed is. Met betrekking tot de Wmo 2015 en de Jeugdwet sluiten gemeenten tevens aan op het IKZ.

In 2022 is door het Ministerie van VWS een subsidie aan de VNG verleend voor 'Proeftuinen aanpak zorgfraude 2022 – 2025'. Dit wordt uitgevoerd in samenwerking met de regio's Twente en Hart van Brabant. Dit betreft onder meer het ontwikkelen van beproefde werkwijzen voor een betere selectie en screening van aanbieders- en hulpverleners in het gemeentelijk domein, voorafgaand aan en tijdens een contractperiode. Er wordt bijvoorbeeld gekeken naar een structurele(re) inzet van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet Bibob) bij de inkoop van zorg, zodat een structurele samenwerking met betrouwbare aanbieders tot stand komt. Daarnaast worden andere instrumenten (door)ontwikkeld die behulpzaam kunnen zijn bij de screening van aanbieders in de fase van contractering. De opgedane kennis en informatie wordt gedeeld met de ketenpartners. Dit moet bijdragen

¹⁷ Belastingdienst, Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), FIOD, gemeenten, IGJ, Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA), NZa, Sociale Verzekeringsbank (SVB) en ziektekostenverzekeraars.

aan het beter uitvoeren van de rol van gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor een zorgvuldige inkooporganisatie voor maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp. Daarnaast zijn gemeenten belast met het toezicht op zowel de kwaliteit (Wmo 2015) als de rechtmatigheid van deze voorzieningen. Om deze verantwoordelijkheid effectief te vervullen, moeten gemeenten de randvoorwaarden goed op orde hebben. Dit omvat onder meer het stellen van duidelijke eisen en voorwaarden aan aanbieders, bijvoorbeeld via lokale verordeningen.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan aangeven, mede naar aanleiding van het advies van de Raad van State, wat precies de onderbouwing is van hoe het schrappen van het dubbelopzet vereiste leidt tot het doel van tegengaan van zorgfraude. Deze leden vragen of er alternatieven zijn overwogen door de regering om het beoogde doel te bereiken en zo ja, welke alternatieven dat zijn.

De Afdeling advisering van de Raad van State verwacht dat het wetsvoorstel in beperkte mate zal bijdragen aan het aanpakken van fraude met zorggelden aangezien het college alleen kan overgaan tot terugvordering als is vastgesteld dat onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt waardoor ten onrechte is gemeend dat recht bestond op een maatwerkvoorziening of pgb. Terugvordering is niet mogelijk indien een beslissing aangaande een maatwerkvoorziening of pgb wordt herzien dan wel ingetrokken op basis van een andere grond uit de artikelen 2.3.10, eerste lid, Wmo 2015 en 8.1.4, eerste lid, Jeugdwet. Dit wetsvoorstel verandert specifiek aan dit punt niets.

Met dit wetsvoorstel is beoogd het college voldoende handvatten te bieden om fraude met zorggelden aan te pakken door onrechtmatig besteed geld voor maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp terug te kunnen vorderen. Immers, door het dubbel opzetvereiste te laten vervallen, hoeft het college niet langer aan te tonen dat én de aanbieder én de cliënt, jeugdige of zijn ouders opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens hebben verstrekt. Signalen uit de praktijk wijzen namelijk uit dat in veel gevallen alleen de aanbieder frauduleus heeft gehandeld.

Het alternatief is niets doen, hetgeen niet tegemoet komt aan het verzoek van de VNG om artikel 2.4.1 Wmo 2015 aan te passen en niet wenselijk is met het oog op de aanpak van fraude. Deze maatregel maakt deel uit van een breder pakket om zorgfraude tegen te gaan¹⁸.

Verder vragen de leden van het CDA hoe de regering het doenvermogen van cliënten beoordeelt in relatie tot dit wetsvoorstel. Deze leden vragen of en zo ja, hoe de regering hier rekening mee heeft gehouden bij het ontwerp van het wetsvoorstel. Ook vragen zij of er een doenvermogenstoets is uitgevoerd voor dit onderdeel en zo ja, of de regering deze wil delen.

Met dit wetsvoorstel wordt artikel 2.4.1 van de Wmo 2015 gewijzigd zodat het college niet langer hoeft aan te tonen dat én de aanbieder én de cliënt, jeugdige of zijn ouders opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens hebben verstrekt voordat zorggelden kunnen worden teruggevorderd. Signalen uit de praktijk wijzen namelijk uit dat in veel gevallen alleen de aanbieder frauduleus heeft gehandeld. Daarnaast wordt aan de Jeugdwet een terugvorderingsbepaling toegevoegd.

Dit betreft het herstellen van een omissie. Uit de Invoeringswet Jeugdwet blijkt namelijk dat destijds al beoogd was om terugvordering van een ten onrechte genoten pgb mogelijk te maken. Dit brengt geen nieuwe verplichtingen of handelingen voor cliënten, jeugdigen of ouders met zich mee en daarom is er geen doenvermogenstoets uitgevoerd.

De leden van de SP vragen de regering of zij in kaart heeft gebracht wat de risico's zijn van het schrappen van het dubbel opzetvereiste en in het bijzonder het creëren van de mogelijkheid om geld terug te vorderen bij cliënten, in plaats van enkel bij zorgaanbieders. Zou dit er niet voor kunnen zorgen dat mensen onterecht grote

¹⁸ Kamerstukken II 2024/25, 28 828, nr. 140.

sommen geld moeten terugbetalen aan de gemeente als zij worden beschuldigd van fraude? Welke waarborgen zijn er om te voorkomen dat mensen de dupe worden van een doorgeschoten fraudejacht?

Anders dan de leden van de SP-fractie lijken te veronderstellen is het ook nu al mogelijk dat zowel van de aanbieder als van de cliënt kan worden teruggevorderd. Met dit wetsvoorstel wordt voorgesteld om het dubbel opzetvereiste uit artikel 2.4.1 Wmo 2015 te laten vervallen, waardoor opzet en samenspanning tussen de cliënt en de aanbieder niet langer hoeft te worden bewezen alvorens kan worden teruggevorderd. Op dit moment werkt het wettelijk kader namelijk zo dat er alleen kan worden teruggevorderd als door de gemeente kan worden aangetoond dat én de aanbieder én de cliënt opzettelijk hebben gehandeld. Zoals aangegeven is dat vaak niet het geval en gaat in die gevallen de aanbieder ten onrechte vrijuit.

Zoals ook is opgenomen in de memorie van toelichting, mag het niet zo zijn dat mensen die onbedoeld een fout maken, als fraudeur worden bestempeld. Uit rapportages van gemeenten en het rapport *'Een wereld te winnen – Over zorgfraude (Wmo 2015 en Jeugdwet)'*, blijkt ook dat zorgfraude in veel gevallen door aanbieders wordt gepleegd¹⁹. Hierbij worden cliënten, soms onbewust of ongewild betrokken, bijvoorbeeld door onjuiste advisering of het misbruik van hun persoonlijke gegevens door de aanbieder. Het is in dat geval wenselijk dat het college onrechtmatig besteed geld voor maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp kan terugvorderen bij de aanbieder. Met dit wetsvoorstel hoeft het college niet langer aan te tonen dat én de aanbieder én de cliënt, opzettelijk onjuiste of onvolledige gegevens hebben verstrekt alvorens ten onrechte ontvangen zorggelden kunnen worden teruggevorderd.

Echter, ook terugvordering bij de cliënt kan aan de orde zijn. Dit vermoeden moet deugdelijk worden gemotiveerd, er moet rekening worden gehouden met de situatie van de cliënt en met de draagkracht van de cliënt. De Awb biedt daarbij de nodige waarborgen. Zo is het college bij een voornemen tot terugvordering verplicht alle relevante informatie te verzamelen, onderzoek te doen en een zorgvuldige belangenafweging te maken. Bovendien mogen de voor één of meer belanghebbenden nadelige gevolgen van een besluit niet onevenredig zijn in verhouding tot de met het besluit te dienen doelen (zie ook de artikelen 3:2, 3:4 en 4:94a Awb). Deze afweging zal in elk individueel geval gemaakt moeten worden. Tot slot is er in de Awb voorzien in rechtsbescherming. Tegen een beslissing tot terugvordering van de gemeente kan op grond van de Awb bezwaar en beroep worden ingesteld. In bezwaar en beroep wordt gekeken naar de motivering en beoordeeld of deze motivering voldoende is.

Verder vraagt de SP-fractie in hoeverre een risico bestaat dat mensen minder gebruik zullen gaan maken van de jeugdzorg en/of de Wmo 2015, uit angst om later enorme bedragen te moeten terugbetalen? Is dit in kaart gebracht?

Deze risico's zijn niet expliciet in kaart gebracht. Tot op heden zijn er geen signalen dat de reeds bestaande mogelijkheid tot terugvordering leidt tot terughoudendheid in het gebruik van maatschappelijke ondersteuning. Aangezien frauduleus handelen meestal bij aanbieders zit en niet bij cliënten, ligt het ook niet in lijn de verwachting dat cliënten niet om ondersteuning durven vragen. De verwachting is daarentegen wel dat aanbieders minder geneigd zullen zijn tot fraude, aangezien zij sneller kunnen worden aangepakt.

Daarnaast wordt benadrukt dat de colleges bij het besluit tot terugvorderen vanzelfsprekend gehouden zijn aan de waarborgen van de Awb. Zo volgt uit de Awb dat het college alle relevante informatie voor het nemen van een dergelijk besluit dient te verzamelen, dat het besluit moet zijn gebaseerd op een zorgvuldige belangenafweging en deugdelijk moet zijn gemotiveerd. Daarbij mogen de voor één of meer

¹⁹ Te raadplegen via: <https://vng.nl/sites/default/files/2020-09/200630-onderzoek-zorgfraude-publieksversie.pdf>.

belanghebbenden nadelige gevolgen van een besluit niet onevenredig zijn in verhouding tot de met het besluit te dienen doelen (zie ook de artikelen 3:2, 3:4 en 4:94a Awb). Dat betekent onder meer dat rekening zal worden gehouden met de concrete omstandigheden van het geval, waaronder de situatie en draagkracht van de cliënt. Het ligt dan ook in de rede dat er geen sprake zal zijn van terugvordering als het aanleveren van onjuiste of onvolledige gegevens het gevolg was van een kennelijke vergissing. Tot slot is er in de Awb voorzien in de rechtsbescherming van cliënten. Tegen een beslissing tot terugvordering van de gemeente kan op grond van de Awb bezwaar en beroep worden ingesteld. In bezwaar en beroep wordt gekeken naar de motivering en beoordeeld of deze motivering voldoende is.

2.3 De verplichting voor zorgaanbieders om gegevens, waaronder gegevens over de gezondheid en het burgerservicenummer te verstrekken aan gemeenten en GGD'en in verband met de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (artikel II, onderdeel D)

De AP en de KNMG verwachten dat vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven, zorg zullen vermijden, wetende dat hun gegevens gedeeld worden met de gemeente, zo lezen de leden van de VVD. Is bekend hoe vaak deze vreemdelingen nu al zorg mijden, en in hoeverre dat een groter deel wordt door deze wetswijziging? Wat verwachten gemeenten extra te kunnen doen aan "bemoeizorg" met deze wetswijziging en hoe worden deze twee effecten tegen elkaar afgewogen?

Anders dan de AP en de KNMG veronderstellen ziet de voorgestelde wijziging van de Wmo 2015 op dit punt op de gegevensdeling van rechtmatig verblijvende onverzekerden en dus niet van onverzekerbare vreemdelingen die onrechtmatig in Nederland verblijven. De kosten van zorg aan onverzekerbare vreemdelingen komen ten laste van een andere regeling, namelijk de Regeling onverzekerbare vreemdelingen (artikel 122a, Zorgverzekeringswet). De doelgroep van onverzekerde personen aan wie medisch noodzakelijke zorg wordt verleend ten laste van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden, bestaat voor een groot deel uit dak- en thuisloze mensen en personen die verward gedrag vertonen. Gegevensverstrekking is noodzakelijk met het oog op de gezondheid en het welzijn van deze doelgroep. Door middel van bemoeizorg kan de doelgroep de hulp krijgen die zij nodig hebben, bijvoorbeeld een verdere behandeling, begeleiding bij het aanvragen van een briefadres, het organiseren van structureel inkomen of het afsluiten van een zorgverzekering. Omdat straatartsen deze hulp zelf vaak niet kunnen bieden, maar gemeenten wel, hebben zij verzocht om het creëren van deze wettelijke grondslag.

De NSC-leden lezen dat zorgaanbieders voor de door hen verleende zorg bij onverzekerden een subsidieaanvraag bij het CAK kunnen indienen op grond van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. In 2025 is er echter minder geld beschikbaar voor deze subsidieregeling. Waar kunnen zorgverleners terecht als zij hulp hebben verleend aan onverzekerden als de subsidiepot leeg is?

In de Kamerbrief²⁰ van 21 oktober 2024 over de gevolgen van de Rijksbredetaakstelling subsidies voor het ministerie van VWS, heeft het kabinet aangekondigd dat er vanaf 2027 structureel € 40 miljoen zal worden bezuinigd op de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (hierna: SOV). Zowel de SOV als de Regeling onverzekerbare vreemdelingen (hierna: OVV) vormen het sluitstuk van het zorgstelsel. De snelle kostenstijgingen van deze 'open-einde'-regelingen weerspiegelen diverse knelpunten met betrekking tot onverzekerden en onverzekerbare vreemdelingen. Om deze problematiek aan te pakken, streef ik naar de invoering van een nieuwe, doelmatigere regeling in 2027. Over de huidige contouren van deze verbeterde regeling heb ik uw Kamer vorig jaar geïnformeerd²¹. Tot en met 2026 blijven de huidige

²⁰ Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 32.

²¹ Kamerstukken II 2024/25, 36600-XVI, nr. 161.

regelingen ongewijzigd.

Voorts vragen de leden van de NSC-fractie de regering, hoe gemeenten na een ontvangen melding dak- en thuisloze personen kunnen bereiken. Kan zij daar praktijkvoorbeelden van geven? Verder wil NSC weten op welke wijze de regering verwacht, dat naar aanleiding van het wetsvoorstel, gemeenten beter in staat zijn zorg en hulp te bieden aan onverzekerden?

Gemeenten vervullen een cruciale rol in de zorg voor onverzekerden. Zij zorgen voor basisvoorzieningen, zoals het verstrekken van (daklozen)uitkeringen, het herv verzekeren van mensen en het leveren van noodzakelijke zorg in het kader van de Wmo 2015. Het delen van informatie, zowel binnen de gemeentelijke organisatie (bijvoorbeeld tussen Wmo 2015 en participatie) als met ketenpartners zoals de GGD, draagt bij aan het toewerken naar één hulpplan.

Ik zal enkele praktijkvoorbeelden schetsen. In het kader van de onverzekerdenzorg komen meldingen binnen via het (para)medische circuit. Via die weg wordt door gemeenten naar mogelijkheden gezocht om contact te leggen met de onverzekerde. Wanneer een onverzekerde persoon bijvoorbeeld nog een vervolgspraak heeft bij de huisarts, kan een GGD-medewerker hierbij aanwezig zijn. Dit vormt een eerste stap om vertrouwen te winnen. Vervolgens wordt via bemoeizorg een inventarisatie van de situatie van de onverzekerde gemaakt, inclusief een screening en een plan van aanpak gericht op de verschillende leefgebieden zoals wonen, zingeving, financiën, sociale relaties, gezondheid etc. In de meeste gevallen gaat het om situaties waar sprake is van problematiek op meerdere leefgebieden.

Voor het bereiken van dak- en thuisloze personen gaan veldwerkers actief de straat op. Ook politie en handhavers hebben vaak zicht op dakloze mensen en onderhouden korte lijnen met hulpverleners, zoals veldwerkers en vangnetmedewerkers. Tijdens koud weer wordt in het kader van de winterregeling nauw samengewerkt met opvangvoorzieningen, politie, handhaving en hulpverleners om ervoor te zorgen dat dakloze personen niet op straat hoeven te verblijven bij lage temperaturen.

Het onderhavige wetsvoorstel biedt een stevigere juridische grondslag voor zorgverleners om melding te maken bij gemeenten of GGD'en in geval van onverzekerde, om via deze instanties te laten beoordelen of iemand bemoeizorg nodig heeft. Hierdoor kunnen betrokkenen beter worden begeleid bij het aanvragen van een briefadres, het organiseren van een structureel inkomen en het afsluiten van een zorgverzekering. Dit draagt bij aan een verbeterde toegang tot zorg voor deze doelgroep.

De leden van de NSC-fractie lezen dat gemeenten in verschillende mate behoefte hebben aan de genoemde persoonsgegevens van onverzekerden. Deze gegevensverstrekking wordt daarom niet verplicht opgelegd aan zorgaanbieders. Genoemde leden willen graag weten welke gegevens niet alle gemeenten noodzakelijk achten? Is het dan noodzakelijk om deze gegevens, die niet alle gemeenten noodzakelijk achten, toch te laten uitwisselen en dat via deze wet mogelijk te maken?

Tot 2022 was het verplicht voor zorgaanbieders om bij zorg aan een onverzekerde patiënt melding te maken bij het meldpunt onverzekerden. Dit was een voorwaarde voor het mogen declareren van de zorgkosten, ten laste van de SOV, bij het CAK. Deze werkwijze is gestopt toen bleek dat de wettelijke grondslag voor deze gegevensdeling onvoldoende was. Naar aanleiding van oproepen van straatartsen om de gegevensdeling zo spoedig mogelijk opnieuw op te starten en hiervoor een wettelijke grondslag te creëren, heeft het ministerie van VWS een vragenlijst uitgezet bij alle GGD'en. Uit deze inventarisatie blijkt dat sommige GGD'en geen behoefte hebben aan dergelijke meldingen, omdat zij te weinig met deze problematiek te maken hebben om een structurele gegevensuitwisseling te rechtvaardigen. De omvang van de problematiek rond onverzekerden verschilt immers sterk per regio en gemeente. Het kan ook zijn

dat gemeenten en/of GGD'en afspraken willen maken met enkele zorgaanbieders om dubbelingen in de data te voorkomen.

De in het verslag gestelde vragen maakten duidelijk dat het voorgestelde artikel 5.2.5b Wmo 2015 aanscherping behoefde. In de bijgevoegde nota van wijziging is daarom gekozen voor een verplichting en niet voor een bevoegdheid, zodat duidelijk is dat sprake is van een grond voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Daarmee wordt aangesloten bij artikel 7:457, eerste lid, BW waaruit volgt dat het beroepsgeheim kan worden doorbroken als sprake is van een wettelijke verplichting. Deze verplichting geldt alleen als gemeenten of GGD'en daarom verzoeken. Gemeenten en GGD'en kunnen een algemeen verzoek doen waarbij zij aangeven dat zij behoefte hebben aan gegevens van onverzekerden in verband met het kunnen bieden van bemoeizorg en welke gegevens daarvoor nodig zijn. Er worden alleen gegevens verstrekt die noodzakelijk zijn om te kunnen beoordelen of bemoeizorg is aangewezen. De grondslag voor gegevensverstrekking door het CAK is komen te vervallen. Dit is overbodig geworden nu er een verplichting tot gegevensverstrekking voor zorgaanbieders wordt voorgesteld en gemeenten de benodigde gegevens dus direct van zorgaanbieders ontvangen. Een zorgaanbieder kan de gegevensverstrekking alleen achterwege laten als hij van oordeel is dat hij door verstrekking niet de zorg van een goed hulpverlener (artikel 7:453 van het BW) in acht kan nemen. Bijvoorbeeld als dat de vertrouwensband zou schaden.

De leden van de NSC-fractie lezen dat dit specifieke onderdeel van het wetsvoorstel ook gevolgen heeft voor het medisch beroepsgeheim en vinden dat hiermee voorzichtig moet worden omgegaan. Wanneer is het noodzakelijk dat medische gegevens worden uitgewisseld? Daarnaast willen de genoemde leden van de regering weten welke uniforme wettelijke grondslag tot gegevensdeling wordt opgenomen in de wet?

Tot 2022 was het verplicht voor zorgaanbieders om bij zorg aan een onverzekerde patiënt melding te maken bij het meldpunt onverzekerden. Hierbij werd ook vermeld welke soort zorg werd geleverd, zoals spoedeisende hulp, ambulante begeleiding, oogheekunde, enzovoort. Deze informatie is cruciaal om te kunnen bepalen welke acties nodig zijn en om inzicht te krijgen in de beperkingen van een persoon. De doelgroep bestaat met name uit onverzekerde dak- en thuisloze mensen en personen die verward gedrag vertonen. Door middel van bemoeizorg kan de doelgroep de hulp krijgen die zij nodig hebben, bijvoorbeeld een verdere behandeling, begeleiding bij het aanvragen van een briefadres, het organiseren van structureel inkomen of het afsluiten van een zorgverzekering. Omdat straatartsen deze hulp zelf vaak niet kunnen bieden, hebben zij verzocht om het mogelijk te maken dat zij gemeenten kunnen inschakelen om de noodzakelijke hulp voor deze mensen te kunnen regelen. Het wetsvoorstel regelt de daarvoor noodzakelijke wettelijke grondslag. Deze wettelijke grondslag betreft zowel een grondslag voor het delen van medische gegevens conform de AVG als een grondslag voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim.

De in het verslag gestelde vragen maakten duidelijk dat het voorgestelde artikel 5.2.5b Wmo 2015 aanscherping behoefde. In de bijgevoegde nota van wijziging is daarom gekozen voor een verplichting en niet voor een bevoegdheid, zodat duidelijk is dat sprake is van een grond voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Deze verplichting geldt alleen als gemeenten of GGD'en daarom verzoeken. Gemeenten en GGD'en kunnen een algemeen verzoek doen waarbij zij aangeven dat zij behoefte hebben aan gegevens van onverzekerden in verband met het kunnen bieden van bemoeizorg en welke gegevens daarvoor nodig zijn. Er worden alleen gegevens verstrekt die noodzakelijk zijn om te kunnen beoordelen of bemoeizorg is aangewezen. De grondslag voor gegevensverstrekking door het CAK is komen te vervallen. Dit is overbodig geworden nu er een verplichting tot gegevensverstrekking voor zorgaanbieders wordt voorgesteld en gemeenten de benodigde gegevens dus direct van zorgaanbieders ontvangen. Een zorgaanbieder kan de gegevensverstrekking alleen achterwege laten als hij van oordeel is dat hij door

verstrekking niet de zorg van een goed hulpverlener (artikel 7:453 BW) in acht kan nemen. Bijvoorbeeld als dat de vertrouwensband zou schaden.

De genoemde leden vragen wat de consequenties zijn als een zorgverlener deze gegevens niet wil geven op grond van het medisch beroepsgeheim?

Door middel van de bijgevoegde nota van wijziging wordt een verplichting voorgesteld voor zorgaanbieders om desgevraagd de betreffende gegevens van de cliënt te verstrekken. In principe zal een zorgaanbieder de gegevens dus moeten verstrekken. De zorgaanbieder kan de verstrekking van gegevens over de cliënt alleen achterwege laten als hij door verstrekking niet geacht kan worden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen (overeenkomstig de formulering van artikel 7:457, derde lid, BW). Hiervan is bijvoorbeeld sprake als de zorgaanbieder tot het oordeel komt dat gegevensverstrekking de vertrouwensband kan schaden. Denk aan de situatie dat het de zorgaanbieder gelukt is om de cliënt te overtuigen een begin te maken met een behandeling en de zorgaanbieder inschat dat deze cliënt pas na het aanslaan van die behandeling open zal staan voor bredere hulp.

Tot het jaar 2022 gold voor alle zorgaanbieders een meldplicht als zij gebruik wilden maken van de SOV. Er zijn destijds nooit signalen gekomen dat zorgaanbieders deze gegevens niet wilden delen. Straatartsen hebben zelf verzocht om deze wettelijke grondslag, zodat patiënten via bemoeizorg de hulp kunnen krijgen die de straatartsen zelf niet kunnen geven.

Daarnaast willen de NSC-leden weten hoe de regering tegen de vrees van zowel de AP als de KNMG aankijkt, dat door doorbreking van het medisch beroepsgeheim mogelijk meer onverzekerden zorg zullen gaan krijgen?

Straatartsen geven aan dat er in de periode van 2017 tot 2022, waarin de gegevens van onverzekerden al aan gemeenten werd verstrekt, geen sprake is geweest van zorgmijding om deze reden. De regering verwacht daarom niet dat de voorgestelde gegevensdeling leidt tot het mijden van medisch noodzakelijke zorg. De doorbreking van het beroepsgeheim is bovendien met waarborgen omkleed. Zo kan een hulpverlener een beroep doen op goed hulpverlenerschap als dat door de gegevensverstrekking in gevaar komt (overeenkomstig de formulering van artikel 7:457, derde lid, BW). Daarnaast hebben de medewerkers van de gemeente en GGD die deze gegevens ontvangen vanuit hun positie een geheimhoudingsplicht. De uitvoering van openbare geestelijke gezondheidszorg is een taak van het college en dus geldt er op grond van artikel 2:5 Awb een geheimhoudingsplicht.

NSC vraagt ook of de regering nader toe kan lichten waarom niet gekozen is om de wettekst van artikel 5.2.5b te concretiseren naar aanleiding van het advies van de AP? Kan de regering aangeven of deze concretisering wel zal plaatsvinden bij amvb? Zo ja, welke gegevens mogen dan concreet verstrekt gaan worden?

Op grond van dit wetsvoorstel dient een zorgaanbieder de gegevens van een onverzekerde aan wie medisch noodzakelijke zorg is verleend, desgevraagd te verstrekken aan een gemeente of GGD. De AP heeft in haar advies aangegeven dat een omschrijving ontbreekt van de set gegevens die door de zorgaanbieder moet worden verstrekt aan gemeenten. Hierdoor zou de bepaling onvoldoende voorspelbaar zijn en bestaat eveneens het risico dat er meer gegevens worden verstrekt dan strikt noodzakelijk. Naar aanleiding van het advies van de AP is in het wetsvoorstel een delegatiegrondslag opgenomen in artikel 5.2.5b, zesde lid, van de Wmo 2015. Bij amvb kunnen dus nadere regels worden gesteld aan de gegevens die dienen te worden verstrekt door de zorgaanbieder. Hiervoor is gekozen om meer flexibel te kunnen handelen als uit de (zorg)praktijk blijkt dat er inderdaad nadere regels dienen te worden opgesteld. De thans voor ogen staande nadere regels zien vooral op de te verstrekken gegevens en bewaartermijnen van de partij die de gegevens ontvangt, namelijk gemeenten of GGD'en.

Ten minste dient het BSN van de cliënt te worden verstrekt indien dat beschikbaar is, zodat er geen twijfel bestaat over diens identiteit. Daarnaast kan het gaan om naam, huidige verblijfplaats en telefoonnummer van de cliënt. Persoonsgegevens mogen enkel door de zorgverlener worden verstrekt voor zover deze noodzakelijk zijn voor gemeenten om te kunnen beoordelen of bemoeizorg nodig is. Dit is in lijn met het principe van dataminimalisatie.

De leden van de NSC-fractie lezen in de MvT op p. 16 in de tabel een totaal van 86.451 onverzekerden terwijl in de tekst 29.811 staat. Kan de regering aangeven wat het juiste getal is? Verder laat de tabel een enorme stijging zien van het aantal onverzekerde Nederlanders en niet-Nederlanders sinds 2017 wat oploopt van 164 naar 29.811 personen, wat is de verklaring hiervoor? Welke verzekerden zijn niet-verzekeringsplichtig in Nederland?

De tabel laat het aantal declaraties zien dat is ingediend bij het CAK. Per abuis wordt in de memorie van toelichting gesproken over aantallen personen, in plaats van aantallen declaraties. Er kunnen voor één patiënt meerdere declaraties worden ingediend bij het CAK, dat is de reden dat het aantal in de tabel hoger is dan in de tekst van de memorie van toelichting.

In 2022 zijn 86.451 declaraties ingediend, waarvan 56.640 declaraties voor zorg aan ontheemden uit Oekraïne. In de eerste helft van 2022 bestond de Regeling medische zorg aan ontheemden uit Oekraïne nog niet en zijn alle zorgkosten van deze groep ten laste gekomen van de SOV en daarom meegenomen in deze aantallen. Als de declaraties voor de zorg aan ontheemden uit Oekraïne niet worden meegeteld komt het aantal declaraties voor 2022 lager uit, namelijk op 29.811. Bij nader inzien had dit in de memorie van toelichting helderder kunnen worden verwoord.

Tot slot willen de leden van de NSC-fractie weten wat de verhouding tussen onderhavig wetsvoorstel en het Wetsvoorstel aanpak meervoudige problematiek sociaal domein is. Kan de regering daarbij ingaan op zowel de materiële als procedurele samenloop?

Er is inderdaad sprake van samenloop tussen dit wetsvoorstel en het Wetsvoorstel aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (hierna: Wams)²². Het aanbieden van bemoeizorg is materieel al onderdeel van de gemeentelijke taak op grond van de Wmo 2015. De Wams stelt voor het begrip openbare geestelijke gezondheidszorg, oftewel 'bemoeizorg', opnieuw in de Wmo 2015 te codificeren. Daarnaast wordt er in de Wams een verwerkingsgrondslag voorgesteld voor het toepassen van bemoeizorg door gemeenten of GGD'en. Het voorliggend wetsvoorstel sluit hierbij aan door zorgaanbieders te verplichten om desgevraagd persoonsgegevens van cliënten aan gemeenten of de GGD te sturen. Hierdoor kunnen gemeenten hun taak tot het aanbieden van bemoeizorg beter uitvoeren. In voorliggend wetsvoorstel wordt ook geregeld wat in het kader van artikel 5.2.5b (nieuw) onder 'openbare geestelijke gezondheidszorg' wordt verstaan en dat gemeenten of GGD'en de gegevens mogen verwerken zodat zij kunnen beoordelen of bemoeizorg is aangewezen. Deze laatste twee onderdelen worden overbodig op het moment dat de Wams in werking treedt. Naar aanleiding van deze vraag van de NSC-fractie is door middel van de nota van wijziging geregeld dat de definitie van 'openbare geestelijke gezondheidszorg' en de verwerkingsgrondslag voor gemeenten en GGD'en op dat moment kunnen komen te vervallen. Op deze manier zijn beide wetsvoorstellen goed op elkaar afgestemd.

Op dit onderwerp vragen de leden van de D66-fractie of de regering kan toelichten welke verwachte impact deze wijziging heeft op het gebruik of juist mijden van noodzakelijke zorg door onverzekerden. Kan de regering daarbij aangeven op welke wijze de effecten van deze maatregel worden gemonitord?

Straatartsen geven aan dat er in de periode van 2017 tot 2022, waarin de gegevens van onverzekerden al aan gemeenten werd verstrekt, geen sprake is geweest van zorgmijding. De regering verwacht daarom

²² Kamerstukken II 2022/23, 36 295, nr. 2.

niet dat de voorgestelde gegevensdeling leidt tot het mijden van medisch noodzakelijke zorg. De doorbreking van het beroepsgeheim is bovendien met waarborgen omkleed. Zo is door middel van de nota van wijziging geregeld dat een hulpverlener een beroep kan doen op de norm van goed hulpverlenerschap als dat door de gegevensverstrekking in gevaar komt (overeenkomstig de formulering van artikel 7:457, derde lid, BW).

Daarnaast hebben de medewerkers van de gemeente en GGD die deze gegevens ontvangen vanuit hun positie een geheimhoudingsplicht. De uitvoering van openbare geestelijke gezondheidszorg is een taak van het college en dus geldt er op grond van artikel 2:5 Awb een geheimhoudingsplicht.

Het ministerie van VWS heeft regulier overleg met straatartsen over hun werkzaamheden en wat zij daarvoor nodig hebben. In dat overleg is ook aandacht voor eventuele problemen waar zij tegen aanlopen. Eventuele signalen van zorgmijding zullen daarbij ook aan de orde kunnen komen, hoewel het dus niet de verwachting is dat daarvan sprake zal zijn.

Tot slot op dit onderwerp vinden de genoemde leden het belangrijk dat juist voor deze groep zorg toegankelijk is en vragen met dit doel in het achterhoofd welke andere mogelijkheden de regering heeft overwogen om “informed consent” wel toe te passen. Voorts vragen zij of de regering verder kan ingaan op de tekst “waaronder gegevens voor de gezondheid”.

Vanwege de kwetsbare situatie waarin de patiënten zich bevinden kan er niet goed gewerkt worden met informed consent. Patiënten die afhankelijk zijn van een zorgverlener, bijvoorbeeld door hun gezondheidstoestand, mentale gesteldheid of afhankelijkheid van medische zorg, kunnen zich onder druk gezet voelen om toestemming te geven. Dit kan ertoe leiden dat de toestemming niet volledig vrijwillig is, terwijl dit een essentieel vereiste is voor geldige toestemming volgens de AVG. De patiënten die in aanmerking komen voor de SOV, grotendeels dak- en thuisloze mensen en personen die verward gedrag vertonen, overzien bovendien hun eigen situatie niet altijd goed. Het ligt daarom in de lijn der verwachting dat zij ook niet te allen tijde kunnen overzien waarom hun persoonsgegevens nodig zijn voor (eventuele) verdere hulpverlening. Dit maakt dat bij het geven van toestemming niet kan worden voldaan aan het vereiste van vrijwilligheid en dus is toestemming geen houdbare grondslag.

Met de term “waaronder gegevens voor de gezondheid” wordt bedoeld op een beschrijving van de huidige gezondheidssituatie van de patiënt, dus de reden dat er medisch noodzakelijke zorg is verleend, en de reden dat de patiënt baat kan hebben bij het aanbieden van bemoeizorg. Er is bewust voor gekozen om de melding (de levering van de gegevens) op dit moment nog niet strak te normeren. Bij amvb kunnen wel nadere regels worden gesteld aan de gegevens die worden verstrekt door de zorgaanbieder. Hiervoor is gekozen om meer flexibel te kunnen handelen en aan te kunnen sluiten bij de (zorg)praktijk.

In de periode 2017–2022 werden ook al beperkt gegevens over gezondheid gedeeld, bijvoorbeeld informatie over het soort zorg dat werd geleverd, zoals spoedeisende hulp, ambulante begeleiding, oogheelkunde, enzovoort. Deze informatie en informatie over de diagnose en behandeling is cruciaal om te kunnen bepalen welke acties nodig zijn en om inzicht te krijgen in de beperkingen van een persoon. Om deze reden is er in dit wetsvoorstel een wettelijke grondslag opgenomen om medische gegevens te delen.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering nader wil toelichten waarom is gekozen voor de mogelijkheid tot het delen van persoonsgegevens, in plaats van een verplichting, aangezien bepaalde gemeentes wel veel behoefte hebben aan deze gegevens. Als zorgaanbieders in deze gemeentes er niet voor kiezen om gegevens te delen, welke oplossingen zijn er dan voor deze

gemeenten om toch de doelgroep te kunnen bereiken? Deze leden vragen in hoeverre het mogelijk is om bijvoorbeeld wel voor een verplichting te kiezen op het moment dat een gemeente aangeeft veel baat bij deze informatie te hebben.

De in het verslag gestelde vragen maakten duidelijk dat het voorgestelde artikel 5.2.5b van de Wmo 2015 aanscherping behoeft. In de bijgevoegde nota van wijziging is gekozen voor een verplichting en niet voor een bevoegdheid, zodat duidelijk is dat sprake is van een grond voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Daarmee wordt aangesloten bij artikel 7:457, eerste lid, BW waaruit volgt dat het beroepsgeheim kan worden doorbroken als sprake is van een wettelijke verplichting. Deze verplichting geldt alleen als gemeenten of GGD'en daarom verzoeken. Gemeenten en GGD'en kunnen een algemeen verzoek doen waarbij zij aangeven dat zij behoefte hebben aan gegevens van onverzekerden in verband met het kunnen bieden van bemoeizorg en welke gegevens daarvoor nodig zijn. Er worden alleen gegevens verstrekt die noodzakelijk zijn om te kunnen beoordelen of bemoeizorg is aangewezen. De grondslag voor gegevensverstrekking door het CAK is komen te vervallen. Dit is overbodig geworden nu er een verplichting tot gegevensverstrekking voor zorgaanbieders wordt voorgesteld en gemeenten de benodigde gegevens dus direct van zorgaanbieders ontvangen. Een zorgaanbieder kan de gegevensverstrekking alleen achterwege laten als hij van oordeel is dat hij door verstrekking niet de zorg van een goed hulpverlener (artikel 7:453 BW) in acht kan nemen. Bijvoorbeeld als dat de vertrouwensband zou schaden.

Tot het jaar 2022 gold voor alle zorgaanbieders een meldplicht, als zij gebruik wilden maken van de SOV. Er zijn destijds nooit signalen gekomen dat zorgaanbieders deze gegevens niet willen delen. Straatartsen hebben zelf verzocht om deze wettelijke grondslag, zodat de patiënt hulp kan krijgen die de straatartsen zelf niet kunnen geven.

De leden van de CDA-fractie vragen ook hoe de praktijk er precies uit gaat zien op het moment dat gemeenten gegevens doorkrijgen van dak- en thuislozen. Deze leden vragen wat gemeenten precies met deze informatie kunnen en hoe zij deze doelgroep dan kunnen bereiken.

Gemeenten vervullen een cruciale rol in de zorg voor onverzekerden. Zij zorgen voor basisvoorzieningen, zoals het verstrekken van (daklozen)uitkeringen, het herverzekeren van mensen en het leveren van noodzakelijke zorg in het kader van de Wmo 2015. Het delen van informatie, zowel binnen de gemeentelijke organisatie (bijvoorbeeld tussen Wmo 2015 en participatie) als met ketenpartners zoals de GGD, draagt bij aan het toewerken naar één hulpplan.

Ik zal enkele praktijkvoorbeelden schetsen. In het kader van de onverzekerdenzorg komen meldingen binnen via het (para)medische circuit. Via die weg wordt naar mogelijkheden gezocht om contact te leggen. Wanneer een onverzekerde persoon bijvoorbeeld nog een vervolgspraak heeft bij de huisarts, kan een GGD-medewerker hierbij aanwezig zijn. Dit vormt een eerste stap om vertrouwen te winnen. Vervolgens wordt via bemoeizorg een inventarisatie van de situatie gemaakt, inclusief een screening en een plan van aanpak gericht op de verschillende leefgebieden, zoals wonen, zingeving, financiën, sociale relaties, gezondheid etc. In de meeste gevallen gaat het om situaties waar sprake is van problematiek op meerdere leefgebieden.

Voor het bereiken van dak- en thuisloze personen gaan veldwerkers actief de straat op. Ook politie en handhaving hebben vaak zicht op dakloze mensen en onderhouden korte lijnen met hulpverleners, zoals veldwerkers en vangnetmedewerkers. Tijdens koud weer wordt in het kader van de winterregeling nauw samengewerkt met opvangvoorzieningen, politie, handhaving en hulpverleners om ervoor te zorgen dat dakloze personen niet op straat hoeven te verblijven bij lage temperaturen.

Het onderhavige wetsvoorstel biedt een juridische grondslag om meldingen te maken in geval van onverzekerdeheid. Hierdoor kunnen deze personen beter worden begeleid bij het aanvragen van een briefadres, het organiseren van een structureel inkomen en het afsluiten van een zorgverzekering.

De leden van de CDA-fractie vragen verder of het klopt dat de bepaling alleen voorziet in de mogelijkheid om gegevens te delen als daadwerkelijk zorg is verleend door de zorgaanbieder. Voorziet deze wet ook in de mogelijkheid om persoonsgegevens te delen met gemeenten als de zorgaanbieder geen zorg aan de onverzekerde heeft geleverd? Of geldt de mogelijkheid alleen als daadwerkelijk zorg aan de onverzekerde is geleverd? De reden dat deze leden deze vraag stellen is de voorgenomen bezuiniging op de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Door deze bezuiniging bestaat volgens genoemde leden de mogelijkheid dat een onverzekerde wel hulp zoekt bijvoorbeeld voor niet spoedeisende zorg, maar deze niet krijgt omdat de zorgaanbieder de kosten niet kan dragen. Deze leden vragen of deze wet voorziet in een oplossing hiervoor, omdat juist in deze gevallen hulp nodig is bijvoorbeeld van deze gemeente. Wordt dit knelpunt herkend en is de regering bereid te bezien of hier een oplossing voor nodig is?

In de Kamerbrief²³ van 21 oktober 2024 over de gevolgen van de Rijksbredetaakstelling subsidies voor het ministerie van VWS, heeft het kabinet aangekondigd dat er vanaf 2027 structureel € 40 miljoen zal worden bezuinigd op de SOV. Zowel de SOV als de OVV vormen het sluitstuk van ons zorgstelsel. De snelle kostenstijgingen van deze 'open-einde'-regelingen weerspiegelen diverse knelpunten met betrekking tot onverzekerden en onverzekerbare vreemdelingen. Om deze problematiek aan te pakken, streef ik naar de invoering van een nieuwe, doelmatigere regeling in 2027. Over de huidige contouren van deze verbeterde regeling heb ik uw Kamer in 2024 geïnformeerd²⁴. Hierin heb ik ook aangegeven af te zien van de maatregel om uitsluitend spoedeisende zorg aan niet-verzekeringplichtige personen te vergoeden. Het uitgangspunt blijft echter dat medisch noodzakelijke zorg wordt vergoed. Dit kan ook een consult zijn waarin de zorgvraag wordt beoordeeld. De onderhavige wijziging van de Wmo 2015 heeft betrekking op het delen van gegevens van de groep verzekeringsplichtige onverzekerden, zoals Nederlandse dakloze personen en werkende arbeidsmigranten, die medisch noodzakelijke zorg hebben ontvangen. Tot en met 2026 blijft de huidige regeling voor deze doelgroep ongewijzigd.

Tot slot vragen de leden van de CDA-fractie of de regering wil reageren op de zorgen van zowel de AP als de KNMG over de risico's op zorgmijding, als onverzekerden weten dat hun gegevens worden gedeeld met andere overheidsinstanties.

Straatartsen geven aan dat er in de periode van 2017 tot 2022, waarin de gegevens van onverzekerden al aan gemeenten werd verstrekt, geen sprake is geweest van zorgmijding om deze reden. De regering verwacht daarom niet dat de voorgestelde gegevensdeling leidt tot het mijden van medisch noodzakelijke zorg. De doorbreking van het beroepsgeheim is bovendien met waarborgen omkleed. Zo kan een hulpverlener een beroep kan doen op goed hulpverlenerschap als dat door de gegevensverstrekking in gevaar komt (overeenkomstig de formulering van artikel 7:457, derde lid, BW). Daarnaast hebben de medewerkers van de gemeente en GGD die deze gegevens ontvangen vanuit hun positie een geheimhoudingsplicht. De uitvoering van openbare geestelijke gezondheidszorg is een taak van het college en dus geldt er op grond van artikel 2:5 Awb een geheimhoudingsplicht.

²³ Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 32.

²⁴ Kamerstukken II 2024/25, 36 600-XVI, nr. 161.

De leden van de SP-fractie lezen dat de regering het niet proportioneel vindt om de gegevensuitwisseling in verband met de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden verplicht te stellen, maar dat een aantal gemeenten wel heeft aangegeven behoefte te hebben aan deze gegevens. Hoe wordt gewaarborgd dat deze gemeenten deze gegevens wel zullen ontvangen, als dit niet verplicht is?

De in het verslag gestelde vragen maakten duidelijk dat het voorgestelde artikel 5.2.5b van de Wmo 2015 aanscherping behoeft. In de bijgevoegde nota van wijziging is gekozen voor een verplichting en niet voor een bevoegdheid, zodat duidelijk is dat sprake is van een grond voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Daarmee wordt aangesloten bij artikel 7:457, eerste lid, BW waaruit volgt dat het beroepsgeheim kan worden doorbroken als sprake is van een wettelijke verplichting. Deze verplichting geldt alleen als gemeenten of GGD'en daarom verzoeken. Gemeenten en GGD'en kunnen een algemeen verzoek doen waarbij zij aangeven dat zij behoefte hebben aan gegevens van onverzekerden in verband met het kunnen bieden van bemoeizorg en welke gegevens daarvoor nodig zijn. Er worden alleen gegevens verstrekt die noodzakelijk zijn om te kunnen beoordelen of bemoeizorg is aangewezen. De grondslag voor gegevensverstrekking door het CAK is komen te vervallen. Dit is overbodig geworden nu er een verplichting tot gegevensverstrekking voor zorgaanbieders wordt voorgesteld en gemeenten de benodigde gegevens dus direct van zorgaanbieders ontvangen. Een zorgaanbieder kan de gegevensverstrekking alleen achterwege laten als hij van oordeel is dat hij door verstrekking niet de zorg van een goed hulpverlener (artikel 7:453 BW) in acht zou nemen. Bijvoorbeeld als dat de vertrouwensband zou schaden.

Tot het jaar 2022 gold voor alle zorgaanbieders een meldplicht, als zij gebruik wilden maken van de SOV. Er zijn destijds nooit signalen gekomen dat zorgaanbieders deze gegevens niet willen delen. Straatartsen hebben zelf verzocht om deze wettelijke grondslag, zodat de patiënt hulp kan krijgen die de straatartsen zelf niet kunnen geven.

De leden van de SP-fractie merken wel op dat er door een aantal organisaties vragen worden gesteld over de effectiviteit van deze maatregel. Zo stelt de AP vraagtekens bij de effectiviteit van de maatregel en waarschuwt de KNMG dat dit bij onverzekerde patiënten zal leiden tot zorgmijdend gedrag. Hoe reageert de regering op deze kritiek?

De doelgroep van onverzekerde personen aan wie medisch noodzakelijke zorg wordt verleend ten laste van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden, bestaat voor een groot deel uit dak- en thuisloze mensen en personen die verward gedrag vertonen. Door middel van bemoeizorg kan de doelgroep de hulp krijgen die zij nodig hebben, bijvoorbeeld een verdere (medische) behandeling, begeleiding bij het aanvragen van een briefadres, het organiseren van structureel inkomen of het afsluiten van een zorgverzekering. Omdat straatartsen deze hulp zelf vaak niet kunnen bieden maar gemeenten wel, hebben zij verzocht om het creëren van deze wettelijke grondslag.

Straatartsen geven aan dat er in de periode van 2017 tot 2022, waarin de gegevens van onverzekerden al aan gemeenten werd verstrekt, geen sprake is geweest van zorgmijding om die reden. De regering verwacht daarom niet dat de voorgestelde gegevensdeling leidt tot het mijden van medisch noodzakelijke zorg. De doorbreking van het beroepsgeheim is bovendien met voldoende waarborgen omkleed. Zo is door middel van de nota van wijziging geregeld dat een hulpverlener een beroep kan doen op de norm van goed hulpverlenerschap als dat door de gegevensverstrekking in gevaar komt (overeenkomstig de formulering van artikel 7:457, derde lid, BW). Daarnaast hebben de medewerkers van de gemeente en GGD die deze gegevens ontvangen vanuit hun positie een geheimhoudingsplicht. De uitvoering van openbare geestelijke gezondheidszorg is een taak van het college en dus geldt er op grond van artikel 2:5 Awb een geheimhoudingsplicht.

Tot slot willen genoemde leden weten in hoeverre de gegevensuitwisseling zoals die plaatsvond tot 2022 leidde tot zorgmijdend gedrag en in hoeverre de procedure (van voor 2022) verschilt van de procedure die in dit wetsvoorstel wordt voorgesteld?

Tot 2022 was het verplicht voor zorgaanbieders om bij zorg aan een onverzekerde patiënt melding te maken bij het meldpunt onverzekerden. Dit was een voorwaarde voor het verkrijgen van een subsidie op grond van de SOV. Deze werkwijze is gestopt toen bleek dat de wettelijke grondslag voor deze gegevensdeling onvoldoende was. De straatartsen hebben verzocht om het creëren van een wettelijke grondslag, zodat de doelgroep via bemoeizorg weer de hulp kan krijgen die zij nodig heeft.

De in het verslag gestelde vragen maakten duidelijk dat het voorgestelde artikel 5.2.5b van de Wmo 2015 aanscherping behoeft. In de bijgevoegde nota van wijziging is gekozen voor een verplichting en niet voor een bevoegdheid, zodat duidelijk is dat sprake is van een grond voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Daarmee wordt aangesloten bij artikel 7:457, eerste lid, BW waaruit volgt dat het beroepsgeheim kan worden doorbroken als sprake is van een wettelijke verplichting. Deze verplichting geldt alleen als gemeenten of GGD'en daarom verzoeken. Gemeenten en GGD'en kunnen een algemeen verzoek doen waarbij zij aangeven dat zij behoefte hebben aan gegevens van onverzekerden in verband met het kunnen bieden van bemoeizorg en welke gegevens daarvoor nodig zijn. Er worden alleen gegevens verstrekt die noodzakelijk zijn om te kunnen beoordelen of bemoeizorg is aangewezen. De grondslag voor gegevensverstrekking door het CAK is komen te vervallen. Dit is overbodig geworden nu er een verplichting tot gegevensverstrekking voor zorgaanbieders wordt voorgesteld en gemeenten de benodigde gegevens dus direct van zorgaanbieders ontvangen. Een zorgaanbieder kan de gegevensverstrekking alleen achterwege laten als hij van oordeel is dat hij door verstrekking niet de zorg van een goed hulpverlener (artikel 7:453 BW) in acht zou nemen. Bijvoorbeeld als dat de vertrouwensband zou schaden.

Deze voorgestelde situatie wijkt af van de situatie in de periode tussen 2017 en 2022, omdat de verplichting voor zorgaanbieders om de gegevens van onverzekerden te verstrekken alleen geldt als gemeenten of GGD'en daarom verzoeken. Gemeenten en GGD'en kunnen op die manier gerichte afspraken met zorgaanbieders maken, zodat zij niet onnodig veel gegevens ontvangen. Het melden van een onverzekerde persoon geldt daarnaast niet meer als voorwaarde om een subsidieaanvraag te mogen doen bij het CAK

Straatartsen geven aan dat er in de periode van 2017 tot 2022, waarin de gegevens van onverzekerden al aan gemeenten werd verstrekt, geen sprake is geweest van zorgmijding. De regering verwacht daarom niet dat de voorgestelde gegevensdeling leidt tot het mijden van medisch noodzakelijke zorg. De doorbreking van het beroepsgeheim is bovendien met waarborgen omkleed. Zo is door middel van de nota van wijziging geregeld dat een hulpverlener een beroep kan doen op de norm van goed hulpverlenerschap als dat door de gegevensverstrekking in gevaar komt (overeenkomstig de formulering van artikel 7:457, derde lid, BW). Daarnaast hebben de medewerkers van de gemeente en GGD die deze gegevens ontvangen vanuit hun positie een geheimhoudingsplicht. De uitvoering van openbare geestelijke gezondheidszorg is een taak van het college en dus geldt er op grond van artikel 2:5 Awb een geheimhoudingsplicht.

2.4 Rechtsgrondslag RIVM – bevolkingsonderzoeken en screeningen (artikel III)

2.4.1 Inleiding

De leden van de PVV-fractie vragen hoe groot het percentage positieve uitslagen is aangezien bij het merendeel van de personen die aan een bevolkingsonderzoek of screening deelnemen geen afwijkingen gevonden zullen worden. Als het percentage positieve uitslagen gering is, waarom is het vragen van (mondelinge) toestemming om de gegevens te mogen verwerken dan problematisch? Genoemde leden twijfelen in dit geval of de inbreuk op het medisch beroepsgeheim hier wel aan de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit voldoet.

Het percentage positieve uitslagen verschilt per bevolkingsonderzoek of screening. Bij brieven van 7 november 2024²⁵ en 27 november 2025²⁶ is uw Kamer geïnformeerd over het aantal positieve uitslagen van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Het aantal positieve uitslagen van de pre- en neonatale screeningen, bestaande uit de prenatale screening infectieziekten en erytrocytenimmunisatie (de PSIE)²⁷, de prenatale screening op ernstige chromosomale afwijkingen (via de niet-invasieve prenatale test, de NIPT) en het structureel echoscopisch onderzoek²⁸, de neonatale hielprikscreening²⁹ en de gehoorscreening bij pasgeboren³⁰ staan in de monitors van deze screeningen, gepubliceerd op de site van het RIVM.

Voorheen koppelden zorgverleners naar wie een betrokken persoon – onder meer – vanwege een positieve uitslag was doorverwezen, structureel de diagnostische gegevens terug. Vanwege de AVG zijn zorgverleners daarin echter steeds terughoudender geworden omdat zij zich afvragen of die terugkoppeling – zonder toestemming – wel toegestaan is op grond van de AVG. Dit heeft ertoe geleid dat op dit moment gegevensverstrekking door zorgverleners plaatsvindt op basis van (veronderstelde) toestemming. De huidige praktijk heeft echter uitgewezen dat met het vragen van toestemming aan de betrokken persoon als grondslag voor de gegevensverwerking en de doorbreking van het medisch beroepsgeheim door de zorgverlener, het RIVM niet kan beschikken over de volledige gegevens die noodzakelijk zijn voor een goede monitoring en evaluatie van de bevolkingsonderzoeken en screeningen. De bereidheid tot delen van de diagnostische gegevens is blijvend aanwezig bij de zorgverleners, net zoals voor de inwerkingtreding van de AVG, alleen over de legitimatie ervan is men terughoudend geworden. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting is voor een goede monitoring en evaluatie van bevolkingsonderzoeken en screeningen, optimale beschikbaarheid van gegevens noodzakelijk en dit kan uitsluitend ten optimale bereikt worden met de voorgestelde wettelijke grondslag³¹.

Bij bijvoorbeeld het bevolkingsonderzoek borstkanker werd 2,4% van alle deelnemers vanwege een ongunstige uitslag doorverwezen naar het ziekenhuis. Het gaat om 20.242 mensen. Als in dit geval een paar mensen geen toestemming geven voor het gebruik van de gegevens voor monitoring van het bevolkingsonderzoek borstkanker, zal dit niet het beeld te sterk vertekenen. Dat zal echter anders zijn wanneer het om tientallen mensen gaat die geen toestemming geven; in dat geval zal het steeds lastiger worden om het bevolkingsonderzoek te monitoren en de kwaliteit ervan te evalueren. Waar het bevolkingsonderzoek borstkanker zich alleen richt op het opsporen van borstkanker en dit een aandoening is die vaker voorkomt, gaat het bijvoorbeeld bij de hielprikscreening om een lijst van aandoeningen, waarvan sommige niet vaak voorkomen. In 2022 is bij 167.331 kinderen een hielprik uitgevoerd, waarna in totaal 482 kinderen zijn doorverwezen naar aanleiding van de uitslag. In bijvoorbeeld 34 gevallen ging het om cystic fibrosis, en voor sommige metabole aandoeningen zelfs om maar 1 of enkele kinderen in de zoveel jaar. Zoals eveneens aangegeven in de memorie van toelichting

²⁵ Kamerstukken II 2023/24, 32 793, nr. 787.

²⁶ Kamerstukken II 2025/26, 32 793, nr. 873.

²⁷ <https://www.pns.nl/bloedonderzoek-zwangeren/professionals/monitoring>

²⁸ <https://www.pns.nl/professionals/nipt-seo/over-prenatale-screening/monitoring-en-gegevensregistratie>.

²⁹ <https://www.pns.nl/hielprik/professionals/monitor-en-evaluatie>.

³⁰ <https://www.pns.nl/gehoortest-baby/professionals/evaluatie>.

³¹ Kamerstukken II 2024/25, 36 621, nr. 3, p. 19.

leidt dit ertoe dat bij sommige bevolkingsonderzoeken of screenings het aantal personen dat wordt doorverwezen dermate gering is, dat het niet uitvragen van toestemming of het onthouden van toestemming door slechts enkele personen reeds tot een vertekend beeld kan leiden en sturing op het programma bemoeilijkt³². Juist bij geringe aantallen positieve uitslagen is het van belang dat alle data beschikbaar komen.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat er gesteld wordt dat een wettelijke grondslag de voorkeur heeft boven het vragen van toestemming voor de gegevensverwerking met betrekking tot bevolkingsonderzoeken en screenings. Genoemde leden lezen dat personen door middel van een informatiefolder gewezen zullen worden op de mogelijkheid van bezwaar als bedoeld in artikel 21 AVG. Kan nader toegelicht worden op welke wijze gegarandeerd zal worden dat ook personen die het Nederlands niet machtig zijn of een verstandelijke handicap hebben, goed geïnformeerd zijn over de mogelijkheid van bezwaar maken tegen gegevensverwerking?

Deelnemers aan bevolkingsonderzoeken en screenings worden op verschillende manieren geïnformeerd. Daarbij wordt rekening gehouden met deelnemers die door een verstandelijke beperking moeite hebben met het verwerken van de informatie. Deze groep zal over het algemeen worden vertegenwoordigd door een (wettelijk) vertegenwoordiger. Bij de screenings wordt ook rekening gehouden met mensen die de Nederlandse taal minder machtig zijn. Naast een folder die is opgesteld op B1-niveau en verwijzing naar programma-websites wordt er ook door zorgverleners mondeling informatie gegeven en kunnen door deelnemers vragen worden gesteld.

De leden van de VVD-fractie hechten grote waarde aan de bevolkingsonderzoeken en willen dat deze goed gemonitord en geëvalueerd kunnen worden. Dat zorgverleners terughoudender zijn met het terugkoppelen van diagnostische gegevens sinds de invoering van de AVG vinden zij dan ook onwenselijk. Kan de regering aangeven wat de concrete gevolgen zijn van de verminderde mogelijkheid tot monitoring en evaluatie van de kwaliteit van bevolkingsonderzoeken? In hoeverre zal het creëren van deze wettelijke grondslag voldoende zijn om dergelijke ongewenste gevolgen te voorkomen?

Het concrete gevolg is dat het RIVM cruciale informatie mist bij de kwaliteitsbewaking en doorontwikkeling van de bevolkingsonderzoeken. De prestaties van de programma's kunnen onvoldoende in kaart gebracht worden als onbekend is wat de fout-positieve en terecht-positieve uitslagen zijn. Ook zal het inzicht in consequenties van eventuele beleidswijzigingen ontbreken.

Dit is in lijn met wat uw Kamer is gerapporteerd over dit knelpunt in relatie tot de jaarlijkse monitors van de bevolkingsonderzoeken naar kanker. Het gaat hier bijvoorbeeld om de brieven van 17 december 2021³³, 16 december 2022³⁴, 18 december 2023,³⁵ 7 november 2024³⁶ en 27 november 2025.³⁷ In de brief van 2022 is erop gewezen dat vanwege de toenemende terughoudendheid van zorgverleners om gegevens over vervolgdagnostiek te delen, het bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker niet (langer) mogelijk is om in de jaarlijkse monitor inzicht te geven in het aantal fout-positieve uitslagen en het aantal opgespoorde tumoren. Ook de IGJ heeft in haar rapport «Kwaliteit uitvoering bevolkingsonderzoek borstkanker voldoende maar onder druk» van juli 2024³⁸ gewezen op de risico's van onvoldoende terugkoppeling van informatie door zorgverleners, voor de kwaliteit en ontwikkeling van het

³² Kamerstukken II 2024/25, 36 621, nr. 3, p. 19 en 50.

³³ Kamerstukken II 2021/22, 32 793, nr. 579.

³⁴ Kamerstukken II 2022/23, 32 793, nr. 649.

³⁵ Kamerstukken II 2023/24, 32 793, nr. 707.

³⁶ Kamerstukken II 2023/24, 32 793, nr. 787.

³⁷ Kamerstukken II 2025/26, 32 793, nr. 873.

bevolkingsonderzoek. Om de gegevensdeling, die noodzakelijk is voor een goede monitoring en evaluatie (weer) structureel te realiseren, is in de hierboven genoemde brieven van 18 december 2023 en 7 november 2024 aangekondigd te voorzien in een wettelijke grondslag.

Gelet op de ervaring dat deze gegevensdeling voor de inwerkingtreding van de AVG gebruikelijk was, is het de verwachting dat deze gewenste situatie wordt hersteld door middel van de wettelijke grondslag zoals die met dit wetsvoorstel wordt beoogd. Dit zal uiteraard nauwlettend in de gaten worden gehouden.

Verder wil ik, zoals ook in de brief van 27 november 2025 is aangegeven, benadrukken dat de bevolkingsonderzoeken niet stil staan terwijl wordt gewerkt aan de benodigde gegevensdeling. Er wordt voortdurend gekeken hoe deze onderzoeken verder kunnen worden verbeterd, met als doel zoveel mogelijk ziektelast te voorkomen. Om de ambities en prioriteiten voor de komende jaren vast te leggen, is op 20 maart 2025 de ontwikkelagenda bevolkingsonderzoek aangeboden.³⁹

De leden van de NSC-fractie lezen dat gegevensuitwisseling met het RIVM en zorgverleners noodzakelijk is om de fout-positieve en fout-negatieve uitslagen te monitoren van de verschillende bevolkingsonderzoeken. Deze leden maken zich zorgen over de herkenning van personen als het gaat om zeldzame ziektes. Hoe wordt voorkomen dat in de database identificatie van personen mogelijk wordt omdat het gaat over zeldzame ziektes?

Zoals aangegeven in de memorie van toelichting is voor een goede monitoring en evaluatie van bevolkingsonderzoeken en screenings, optimale beschikbaarheid van gegevens noodzakelijk en dit kan uitsluitend ten optimale bereikt worden met de voorgestelde wettelijke grondslag⁴⁰. Het voorstel voorziet daartoe in een wettelijke verplichting om gegevens te verstrekken. Daarbij wordt ook voorzien in passende waarborgen met het oog op proportionaliteit en dataminimalisatie, waaronder een trapsgewijze gegevensverwerking die borgt dat de uitwisseling van gezondheidsgegevens op persoonsniveau tot het strikt noodzakelijke is beperkt. De uitvoerder van een bevolkingsonderzoek of screening verstrekt de voor de monitoring en evaluatie noodzakelijke persoonsgegevens, die door hem zijn ontvangen van de zorgverlener, aan het RIVM. In het voorstel is geëxpliciteerd dat de uitvoerder deze gegevens op een zodanige wijze aan het RIVM verstrekt dat deze niet direct tot de persoon te herleiden zijn (onderdeel B, artikel 7a, vierde lid). Ter uitvoering hiervan zullen aan het RIVM de noodzakelijke gegevens enkel op een geaggregeerd niveau worden verstrekt en niet op persoonsniveau. Het BSN maakt overigens geen deel uit van de gegevens die de uitvoerder aan het RIVM verstrekt. De gegevens die het RIVM, of een partij die monitoring of evaluatie uitvoert in opdracht van het RIVM, aldus verkrijgt en verwerkt ten behoeve van de monitoring en evaluatie, zullen derhalve, zoals eveneens is aangegeven in de memorie van toelichting, gepseudonimiseerd zijn. Echter, volledige niet herleidbaarheid is bij zeer zeldzame aandoeningen, die slechts enkele keren per jaar worden gediagnosticeerd, niet te garanderen.

Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat in het algemeen bevolkingsonderzoeken in opdracht van het RIVM worden uitgevoerd door screeningsorganisaties. Het is in voorkomende gevallen echter ook mogelijk dat het RIVM zelf bevolkingsonderzoeken uitvoert. Voor zover het RIVM zelf uitvoerder van een bevolkingsonderzoek is, wordt uiteraard binnen de organisatie voorzien in passende waarborgen om te borgen dat geen vermenging van gegevens plaatsvindt bij de uitvoering van het bevolkingsonderzoek enerzijds en de uitvoering van de wettelijke taken van monitoring en evaluatie anderzijds.

³⁸ <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2024/07/16/kwaliteit-uitvoering-bevolkingsonderzoek-borstkanker-voldoende-maar-onder-druk>.

³⁹ Bijlage bij *Kamerstukken II* 2024/25, 32 793, nr. 815.

⁴⁰ *Kamerstukken II* 2024/25, 36 621, nr. 3, p. 19.

Voorts leest de NSC-fractie dat de JGZ-uitvoerders niet altijd een volledig vaccinatieoverzicht hebben omdat de digitale dossiers niet op elkaar aansluiten. Wat gaat de regering doen om de digitale dossiers van de JGZ-uitvoerders op elkaar aan te laten sluiten en om de digitale dossiers van alle GGD'en op elkaar aan te laten sluiten?

Bij de beantwoording van de vragen wordt de volgorde van het verslag aangehouden, maar voor de duidelijkheid wordt benadrukt dat deze vragen van de NSC-fractieleden op een ander artikel zien, namelijk op artikel IV (gegevensuitwisseling tussen RIVM en uitvoerders van het Rijksvaccinatieprogramma).

Het klopt dat de digitale dossiers van de verschillende JGZ-uitvoerders en GGD'en niet op elkaar aansluiten. Daar is een goede reden voor. De patiëntgegevens die door de JGZ-uitvoerder of GGD worden geregistreerd vallen namelijk onder het medisch beroepsgeheim en kunnen niet zonder meer met andere JGZ-uitvoerders en GGD'en worden gedeeld.

De regering is van mening dat er thans onvoldoende rechtvaardiging is om doorbreking van het medisch beroepsgeheim, ten behoeve van onderlinge uitwisseling van patiëntgegevens tussen JGZ-uitvoerders, mogelijk te maken door middel van een wettelijke verplichting. Immers, het RIVM is op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) belast met de regie op en de coördinatie van de uitvoering, alsmede de registratie, bewaking en evaluatie van het Rijksvaccinatieprogramma (artikel 6b, tweede lid, Wpg). Met het oog op deze taakuitvoering is het van belang dat het RIVM beschikt over vaccinatiegegevens en, voor zover noodzakelijk, kunnen JGZ-uitvoerders op grond van dit wetsvoorstel individuele vaccinatiegegevens bij het RIVM opvragen. Het is niet vereist dat hierover ook gegevensuitwisseling plaatsvindt tussen de verschillende JGZ-uitvoerders en GGD'en onderling. Er zijn op dit moment daarom geen plannen om de digitale dossiers van alle JGZ-uitvoerders en GGD'en op elkaar te laten aansluiten.

Tot slot lezen de NSC-leden dat het RIVM naast vaccinatiegegevens ook gegevens over gezondheid registreert. Wat is de noodzakelijkheid om naast de basispersoonsgegevens en vaccinatiegegevens ook gegevens over de gezondheid te registreren? Om welke gezondheidsgegevens gaat het precies? Welke uniforme wettelijke grondslag tot gegevensdeling denkt de regering op te nemen in de wet?

Bij de beantwoording van de vragen wordt de volgorde van het verslag aangehouden. Ook voor deze vragen geldt dat deze zien op artikel IV (gegevensuitwisseling tussen RIVM en uitvoerders van het Rijksvaccinatieprogramma).

Bij de verstrekking van persoonsgegevens door JGZ-uitvoerders aan het RIVM geldt dat alleen de persoonsgegevens mogen worden verstrekt die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de wettelijke taken van het RIVM. Concreet gaat het daarbij in dit geval om de regie op en de coördinatie van de uitvoering, alsmede de registratie, bewaking en evaluatie van het Rijksvaccinatieprogramma door het RIVM (artikel 6b, tweede lid, Wpg). Het klopt dat het RIVM bij de uitvoering van deze wettelijke taak gegevens over gezondheid registreert. In dat kader is relevant te benadrukken dat vaccinatiegegevens als zodanig reeds kwalificeren als gegevens over gezondheid. Beoogd uitgangspunt is dat de JGZ-uitvoerders – tenzij een betrokkene hiertegen bezwaar maakt – per toegediende vaccinatie de vaccinatiegegevens (zoals de datum en locatie van de vaccinatie, het productienummer van het vaccin en de infectieziekte(n) waartegen het betreffende vaccin beschermt) met persoonsgegevens van de gevaccineerde persoon aan het RIVM doorgeeft. Volledigheidshalve zij opgemerkt dat de personen die deze gegevens verwerken tot geheimhouding zijn verplicht.

De wettelijke grondslag voor de genoemde gegevensdeling tussen JGZ-uitvoerders en het RIVM in het kader van de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma wordt neergelegd in het voorgestelde artikel

6b, achtste en negende lid, Wpg. In het voorgestelde achtste lid is nadrukkelijk de eis van noodzakelijkheid opgenomen. Dit betekent dat niet meer gegevens mogen worden verstrekt dan noodzakelijk om het beoogde doel te bereiken. Deze gegevensdeling is noodzakelijk voor het RIVM om te kunnen monitoren of de beoogde effecten van het RVP (hoge vaccinatiegraad, groepsimmunitet en effectiviteit) worden bereikt en of ongewenste effecten op individueel en populatieniveau beperkt blijven. Ook zijn de gegevens noodzakelijk voor het RIVM om (nog) niet (volledig) gevaccineerden te benaderen voor een (extra) vaccinatie. Het RIVM beoordeelt tevens de geldigheid van de toegediende vaccinaties (zoals het juiste vaccin, de juiste leeftijd, het juiste interval en de expiratedatum). Als het RIVM constateert dat er iets niet lijkt te kloppen, wordt dit doorgegeven aan de JGZ-uitvoerder en kan hier actie op worden ondernomen. De gegevens zijn tevens van belang voor zorgverleners wanneer zij op enig moment voor vaccinatiezorg of het behandelbeleid van een patiënt kennis nodig hebben over diens vaccinatiehistorie. Hiertoe vindt ook gegevensverstrekking door het RIVM aan de JGZ-uitvoerders plaats.

De leden van de D66-fractie vinden het belangrijk dat bevolkingsonderzoeken en screenings goed worden uitgevoerd. Adequate monitoring en evaluatie van bevolkingsonderzoeken is dan ook essentieel. Genoemde leden staan dan ook positief tegenover de doelstelling van deze wetswijziging, maar vinden het wel belangrijk om inzichtelijk te krijgen of deze maatregel aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit voldoet. Is er onderzocht waarom deelnemers terughoudend zijn in het delen van gegevens?

Met de leden van de D66-fractie ben ik van mening dat inzichtelijk moet zijn of de voorgestelde grondslag voldoet aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. De regering heeft dit dan ook uiteengezet op diverse plekken in de memorie van toelichting.⁴¹ In de praktijk is ervaring opgedaan met het vragen van toestemming aan deelnemers om de gegevens uit de zorg te mogen terugkoppelen, waarbij door de betreffende zorgverleners is toegelicht dat de gegevens worden gebruikt voor de monitoring van de bevolkingsonderzoeken en het belang daarvan. Het is gebleken dat deelnemers niet altijd toestemming verlenen. Er is niet breed onderzocht waarom zij dat niet deden. Wat betreft de proportionaliteit en subsidiariteit van dit wetsvoorstel is cruciaal dat het onthouden van toestemming door enkele personen, ongeacht de reden daarvoor, al kan leiden tot een vertekend beeld en daardoor niet het doel van adequate monitoring en evaluatie van de bevolkingsonderzoeken kan worden bereikt. Derhalve volgt alleen al uit het gegeven dat er soms toestemming wordt geweigerd, terwijl de gegevens van essentieel belang zijn voor het goed functioneren van de bevolkingsonderzoeken en screenings, de noodzaak voor de met dit wetsvoorstel voorgestelde wettelijke grondslag.

Genoemde leden vragen of de regering kan toelichten welke alternatieve opties zijn overwogen om toestemming te vragen voor het delen van gegevens van deelnemers. Kan de regering hierbij ook ingaan op het verbeteren van informatie aan deelnemers over het belang van het delen van gegevens?

Zoals aangegeven in de memorie van toelichting is voor een goede monitoring en evaluatie van bevolkingsonderzoeken en screenings, optimale beschikbaarheid van gegevens noodzakelijk en dit kan uitsluitend ten optimale bereikt worden met de voorgestelde wettelijke grondslag⁴². Waar voorheen zorgverleners structureel de diagnostische gegevens terugkoppelden, zijn zij daarin vanwege de AVG steeds terughoudender geworden omdat zij zich afvragen of die terugkoppeling – zonder toestemming – wel toegestaan is op grond van de AVG. Dit heeft ertoe geleid dat op dit moment gegevensverstrekking door zorgverleners plaatsvindt op basis van (veronderstelde) toestemming. De huidige praktijk heeft echter uitgewezen dat met het vragen van toestemming aan de betrokken persoon als grondslag voor de gegevensverwerking en de doorbreking van het medisch beroepsgeheim door de zorgverlener, het RIVM niet kan beschikken over de volledige gegevens die noodzakelijk zijn voor een

⁴¹ Kamerstukken II 2024/25, 36 621, nr. 3, paragraaf 2.4 en p. 50, 51, 62 en 63.

⁴² Kamerstukken II 2024/25, 36 621, nr. 3, p. 19.

goede monitoring en evaluatie van de bevolkingsonderzoeken en screeningen. Met dit voorgestelde artikel worden zorgverleners en uitvoerders wettelijk verplicht de noodzakelijke gegevens te verstrekken. Hiermee wordt geborgd dat – anders dan bij gebruik van toestemming als grondslag – de gegevensuitwisseling en de mate waarin het RIVM zijn wettelijke taken kan uitvoeren, niet volledig afhankelijk is van de wijze waarop in de praktijk uitvoering wordt gegeven aan het toestemmingsvereiste. Het niet uitvragen van de toestemming door de zorgverlener of het door slechts enkele personen weigeren van de toestemming, kan namelijk al leiden tot een vertekend beeld. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting, erkent de regering dat het trainen van zorgverleners weliswaar de uitvoering van de toestemmingspraktijk zou kunnen bevorderen, maar onverlet blijft dat het onthouden van toestemming door een gering aantal personen nog altijd een adequate monitoring en evaluatie kan belemmeren⁴³. Met het nu voorgestelde alternatief – wettelijk verplichte gegevensverstrekking door zorgverleners aan uitvoerders en door uitvoerders aan het RIVM – wordt de noodzakelijke structurele en volledige gegevensdeling optimaal gewaarborgd.

Voorts vragen de D66-leden de regering om in te gaan op de uitspraak van de Nederlandse vereniging voor obstetrie & gynaecologie (NVOG) van het belang dat de duiding van data door medische professionals plaatsvindt. Kan worden aangegeven hoe deze duiding momenteel gebeurt en welke rol medische professionals daarin hebben?

Het is niet duidelijk op welke uitspraak deze leden van de D66-fractie doelen. Verondersteld wordt dat het om de aanlevering van diagnostische GUO2-gegevens (geavanceerd echoscopisch onderzoek) door PND-centra (prenatale diagnostiek) gaat. Op dit moment worden nog geen gegevens vanuit de PND-centra verstrekt, dus kan er nog niets worden gezegd over de duiding door medische professionals. Het RIVM is in overleg met de PND-centra om af te stemmen welke gegevens noodzakelijk zijn en of en op welke manier duiding van die gegevens zou moeten gebeuren.

Tot slot vinden de D66-leden het belangrijk dat deelname aan bevolkingsonderzoeken en screeningen voor eenieder toegankelijk is. Kan de regering ingaan op de effecten van onderhavige wetswijziging op deelname aan een bevolkingsonderzoek of screening?

Zoals aangegeven in de memorie van toelichting is voor een goede monitoring en evaluatie van bevolkingsonderzoeken en screeningen, optimale beschikbaarheid van gegevens noodzakelijk en dit kan uitsluitend ten optimale bereikt worden met de voorgestelde wettelijke grondslag⁴⁴. Met dit voorgestelde artikel worden zorgverleners en uitvoerders wettelijk verplicht de noodzakelijke gegevens te verstrekken. Het ligt niet in de verwachting dat dit voorstel negatieve effecten heeft op de deelname aan bevolkingsonderzoeken of screeningen, temeer daar vóór de inwerkingtreding van de AVG, gegevensuitwisseling veeleer plaatsvond op basis van de grondslag ‘wettelijke taak’ in plaats van toestemming.

In de jaarlijkse monitors over de bevolkingsonderzoeken en screeningen in opdracht van het RIVM wordt de deelname gerapporteerd. De deelname is een belangrijke indicator waar zowel door het RIVM als door VWS zicht op wordt gehouden. Periodiek wordt ook aanvullend onderzoek gedaan naar redenen van mensen om al dan niet af te zien van deelname. Eventuele onvoorziene effecten op de deelname zullen naar verwachting snel worden opgepikt.

⁴³ Kamerstukken II 2024/25, 36 621, nr. 3, p. 19 en 20.

⁴⁴ Kamerstukken II 2024/25, 36 621, nr. 3, p. 19.

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij de noodzaak van verplichte gegevensdeling met het RIVM op het gebied van bevolkingsonderzoek nader kunnen toelichten. Hoe vaak komt het voor dat mensen geen toestemming geven om hun gegevens met het RIVM te delen? Hoe groot is daardoor de blinde vlek van het RIVM op dit punt?

Dat kan niet worden gemeten, juist omdat vanuit de zorg geen informatie wordt doorgegeven over vervolgdagnostiek, fout-positieve of terecht positieve uitslagen, of fout-negatieve uitslagen, of wanneer er sprake is van het weigeren van toestemming. Wel kan worden geconstateerd dat er sprake is van minder terugkoppeling vanuit de zorg dan verwacht mag worden, gelet op de doorverwijzingen maar ook vergeleken met de periode voordat de AVG in werking trad. Uit de praktijk van de afgelopen jaren komt naar voren dat het gebruik van de (veronderstelde) toestemming als grondslag, niet heeft geleid tot de noodzakelijke structurele gegevensuitwisseling. Bovendien kan het niet uitvragen van de toestemming door de zorgverlener of het door slechts enkele personen weigeren van de toestemming, al leiden tot een vertekend beeld. Dat is onwenselijk. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting is voor een goede monitoring en evaluatie van bevolkingsonderzoeken en screeningen, optimale beschikbaarheid van gegevens noodzakelijk en dit kan uitsluitend bereikt worden met de voorgestelde wettelijke grondslag⁴⁵.

Daarnaast vragen genoemde leden op welke manier gegevens van patiënten straks zullen worden gedeeld met het RIVM. Gebeurt dit gepseudonimiseerd of geanonimiseerd? Kortom, in hoeverre zijn deze gegevens herleidbaar tot individuele patiënten?

Het voorstel voorziet in passende waarborgen met het oog op proportionaliteit en dataminimalisatie, waaronder een trapsgewijze gegevensverwerking die borgt dat de uitwisseling van gezondheidsgegevens op persoonsniveau tot het strikt noodzakelijke is beperkt. De uitvoerder van een bevolkingsonderzoek of screening verstrekt de voor de monitoring en evaluatie noodzakelijke persoonsgegevens, die door hem zijn ontvangen van de zorgverlener, aan het RIVM. In het voorstel is geëxpliciteerd dat de uitvoerder deze gegevens op een zodanige wijze aan het RIVM verstrekt dat deze niet direct tot de persoon te herleiden zijn (onderdeel B, artikel 7a, vierde lid). Het BSN maakt daarbij geen deel uit van de gegevens die de uitvoerder aan het RIVM verstrekt ten behoeve van de monitoring en evaluatie.

De gegevens, die het RIVM aldus verkrijgt en verwerkt ten behoeve van de monitoring en evaluatie, zullen derhalve, zoals aangegeven in de memorie van toelichting, gepseudonimiseerd zijn. Volledige niet herleidbaarheid is bij zeer zeldzame aandoeningen, die slechts enkele keren per jaar worden gediagnosticeerd, namelijk niet te garanderen.

Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat in het algemeen bevolkingsonderzoeken in opdracht van het RIVM worden uitgevoerd door screeningsorganisaties. Het is in voorkomende gevallen echter ook mogelijk dat het RIVM zelf bevolkingsonderzoeken uitvoert. Voor zover het RIVM in voorkomend geval ook uitvoerder van een bevolkingsonderzoek is, wordt uiteraard binnen de organisatie voorzien in passende waarborgen om te borgen dat geen vermenging van gegevens plaatsvindt bij de uitvoering van het bevolkingsonderzoek enerzijds en de uitvoering van de wettelijke taken van monitoring en evaluatie anderzijds.

Tot slot vragen de SP-leden op dit onderwerp of er een opt-out mogelijkheid komt voor patiënten die actief aangeven dat zij niet willen dat hun informatie gedeeld wordt met het RIVM.

Een specifieke bezwaarmogelijkheid (zoals een opt-out mogelijkheid) is geen onderdeel van het voorgestelde artikel 7a Wet op het RIVM, aangezien een bezwaar hetzelfde effect zou sorteren als het niet

⁴⁵ Kamerstukken II 2024/25, 36 621, nr. 3, p. 19.

geven van toestemming. Het wetsvoorstel voorziet dan ook in een wettelijke verplichting om deze gegevens te verstrekken. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting is voor een goede monitoring en evaluatie van de bevolkingsonderzoeken en screenings optimale beschikbaarheid van gegevens noodzakelijk en dit kan uitsluitend bereikt worden met een wettelijke verplichting⁴⁶. Daarbij zij opgemerkt dat het RIVM de gegevens gepseudonimiseerd zal ontvangen; de koppeling en pseudonimisering wordt door de uitvoerder als onafhankelijke derde partij uitgevoerd alvorens deze gegevens aan het RIVM te verstrekken. Het wetsvoorstel voorziet daartoe in een wettelijke verplichting voor zorgverleners en voor de uitvoerders om de noodzakelijke (gepseudonimiseerde) gegevens aan het RIVM te verstrekken. De huidige praktijk heeft uitgewezen dat met het vragen van toestemming aan de betrokken persoon als grondslag voor de gegevensverwerking en de doorbreking van het medisch beroepsgeheim door de zorgverlener, het RIVM niet kan beschikken over de noodzakelijke volledige gegevens.

De Raad van State geeft aan dat een “betere” uitvoering van een wettelijke taak op zichzelf geen rechtvaardiging is, zeker nu in de huidige situatie gewerkt wordt met expliciete toestemming. Volgens de toelichting is het vragen van toestemming echter geen werkbare en wenselijke optie. Met betrekking tot bevolkingsonderzoeken en screenings zou het onthouden van toestemming kunnen leiden tot een vertekend beeld. Hoe kijkt de regering naar dit advies van de Raad van State?

In het nader rapport ⁴⁷ is aangegeven dat de opmerkingen van de Afdeling met betrekking tot de noodzaak en proportionaliteit, nopen tot de conclusie dat die aspecten in de memorie van toelichting, zoals die aan de Afdeling is voorgelegd, onvoldoende scherp waren onderbouwd. De veronderstelling van de Raad dat de voorgestelde wettelijke grondslag enkel een betere uitvoering mogelijk zou moeten maken doet naar de mening van de regering geen recht aan de knelpunten die er in de huidige praktijk zijn.

De op deze voorgestelde grondslag betrekking hebbende paragrafen in de memorie van toelichting (zie met name paragraaf 2.4 en 2.5) zijn daarom op dit punt aangescherpt. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting is voor een goede monitoring en evaluatie van bevolkingsonderzoeken en screenings, optimale beschikbaarheid van gegevens noodzakelijk en dit kan uitsluitend bereikt worden met de voorgestelde wettelijke grondslag⁴⁸.

2.5 Rijksvaccinatieprogramma: Gegevensuitwisseling tussen RIVM en de uitvoerders van het Rijksvaccinatieprogramma (artikel IV)

De leden van de PVV-fractie verbazen zich over de stelling dat het RIVM niet meer over voldoende gepersonaliseerde vaccinatiegegevens beschikt om adequaat uitvoering te geven aan zijn wettelijke taken met een negatieve impact op de volksgezondheid (collectief belang) en de individuele gezondheid tot gevolg. Sinds wanneer is er sprake van onvoldoende vaccinatiegegevens en welke negatieve impact op de volksgezondheid heeft dit teweeg gebracht? Kan de regering hier voorbeelden van geven?

Sinds 1 januari 2022 wordt altijd geregistreerd of ouders en/of kinderen toestemming geven voor de uitwisseling van gepersonaliseerde vaccinatiegegevens tussen de JGZ-uitvoerders en het RIVM. Doordat actieve toestemming nodig is en deze niet altijd wordt gevraagd, niet altijd juist wordt geregistreerd of de toestemming wordt geweigerd, ontvangt het RIVM sinds 2022 een deel van de vaccinatiegegevens

⁴⁶ Kamerstukken II 2024/25, 36 621, nr. 3, p. 19.

⁴⁷ Kamerstukken II 2024/25, 36 621, nr. 4.

⁴⁸ Kamerstukken II 2024/25, 36 621, nr. 3, p. 19.

anoniem en is er sprake van onvoldoende vaccinatiegegevens. Het aandeel anonieme vaccinaties verschilt per regio en per vaccinatie⁴⁹.

Omdat anonieme vaccinatiegegevens niet aan een persoon te koppelen zijn, kunnen deze niet worden gebruikt bij het bepalen van de vaccinatiegraad. Er is dan namelijk niet bekend in welk jaar de gevaccineerde geboren is, in welke gemeente de gevaccineerde woont en om welke dosis het gaat. Vanwege deze onderrapportage kunnen veranderingen in de vaccinatiegraad niet goed worden bepaald, en is er bijvoorbeeld geen zekerheid of sprake is van een dalende trend of stabilisatie. Ook is voor de meeste vaccinaties niet inzichtelijk in hoeverre wordt voldaan aan de internationale vaccinatiegraadoelstellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Als gevolg daarvan kan minder adequaat op veranderingen in de vaccinatiegraad worden gereageerd en kunnen interventies om de vaccinatiegraad te bevorderen en interventies tegen uitbraken van infectieziekten minder gericht worden ingezet (omdat bijvoorbeeld niet inzichtelijk is in welke gemeenten de vaccinatiegraad onder de 90% ligt). Dit kan op den duur negatieve gevolgen hebben voor de volksgezondheid. Zie hierover meer specifiek ook paragraaf 2.5.2 van de memorie van toelichting⁵⁰.

Een ander voorbeeld is dat het RIVM door de onvolledige vaccinatiegegevens minder goed in staat is om passende uitnodigingsbrieven te sturen. Zo komt meer dan de helft van de vragen waarvoor mensen de Twijfeltelefoon bellen van ouders die een herinneringsbrief hebben gekregen, terwijl zij de vaccinatie al hebben gehaald. Dit leidt tot verwarring en vragen over of er mogelijk iets is misgegaan met de registratie van de vaccinaties. Deze ouders lijken dus niet bewust geen toestemming voor gegevensuitwisseling met het RIVM te hebben gegeven.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat de regering voornemens is om de Wpg zo aan te passen dat JGZ-uitvoerders wettelijk verplicht worden om gepersonaliseerde vaccinatiegegevens aan het RIVM te verstrekken, tenzij de betrokken persoon daartegen bezwaar heeft gemaakt. Kan nader toegelicht worden op welke wijze gegarandeerd zal worden dat ook personen die het Nederlands niet machtig zijn of een verstandelijke handicap hebben goed geïnformeerd zijn over de mogelijkheid van bezwaar maken tegen gegevensverwerking?

Informatie over de mogelijkheid om bezwaar te maken zal via de geëigende kanalen worden verspreid, bijvoorbeeld via de website van het RIVM en in brochures over het Rijksvaccinatieprogramma. Daarbij wordt rekening gehouden met deelnemers die door een verstandelijke beperking moeite hebben met het verwerken van de informatie. Deze groep zal over het algemeen worden vertegenwoordigd door een (wettelijk) vertegenwoordiger. De informatievoorziening vanuit het RIVM is altijd op B1-niveau. Daarbij zal vanzelfsprekend ook aandacht zijn voor het toegankelijk maken van de informatie voor personen die het Nederlands niet machtig zijn. Zo is informatie op dit moment al beschikbaar in tien andere talen dan het Nederlands. Naast de algemene publieksinformatie vanuit het RIVM zijn de JGZ-uitvoerders verantwoordelijk voor het op passende wijze (mondeling) informeren van individuele cliënten over de vaccinatie en de gegevensverwerking. Dit betekent dat per individueel geval beoordeeld wordt op welke wijze informatie het best overgebracht kan worden en kunnen door betrokkenen vragen worden gesteld.

De genoemde leden hebben kennisgenomen van de motivering van de regering met betrekking tot de voorkeur voor een wettelijke grondslag boven het vragen van toestemming voor de gegevens tussen het RIVM en de uitvoerders van het Rijksvaccinatieprogramma. Zou nader toegelicht kunnen worden op welke wijze deze motivering gecommuniceerd zal worden naar inwoners?

⁴⁹ Zie: RIVM (2024) "Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland (verslagjaar 2024)". <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2024-0044.pdf>.

⁵⁰ Kamerstukken II 2024/25, 36 621, nr. 3.

Informatie over de motivering voor de wijziging en de mogelijkheid om bezwaar te maken zal via de geëigende kanalen worden verspreid. Op dit moment wordt informatie over het belang van de gegevensdeling en hoe mensen daar zelf invloed op hebben reeds beschikbaar gesteld in brochures over het Rijksvaccinatieprogramma (in verschillende talen), op rijksvaccinatieprogramma.nl⁵¹ en via de voorlichting door de JGZ-uitvoerders. Deze informatie zal bij inwerkingtreding van dit wetsvoorstel op de nieuwe situatie worden aangepast.

Kunt u in één paragraaf op B1 niveau weergeven waarom de voorkeur uitgaat naar een wettelijke grondslag?

Zorgverleners, zoals artsen, moeten volgens de wet de gegevens van hun patiënten geheimhouden. Dit geldt ook voor gegevens van mensen die een vaccinatie hebben gekregen. Deze gegevens mogen daarom niet zomaar met andere organisaties worden gedeeld. Dat mag wel als de patiënt daarvoor toestemming geeft of als de wet zegt dat dit voor een bepaald doel wel mag. Het RIVM heeft de vaccinatiegegevens nodig om goed bij te houden hoeveel mensen in Nederland zijn gevaccineerd. Dat is een taak van het RIVM. Dit is belangrijk om de gezondheid van alle mensen in Nederland te beschermen. Het RIVM krijgt te weinig gegevens om zijn werk goed te doen als zorgverleners toestemming moeten vragen of de toestemming niet goed wordt opgeschreven. Daarom is een wijziging van de wet nodig. Deze wetswijziging maakt het mogelijk dat een zorgverlener de gegevens met het RIVM kan delen, zonder eerst om toestemming van de patiënt te vragen. Als iemand zelf dan alsnog uitdrukkelijk aangeeft dat zijn gegevens geheim moeten blijven, worden de vaccinatiegegevens anoniem met het RIVM gedeeld. Het RIVM weet dan niet over wie het gaat. Het doel van deze wetswijziging is dat het RIVM meer gegevens gaat krijgen, zodat het RIVM zijn werk beter kan uitvoeren.

De leden van de VVD-fractie zijn groot voorstander van het Rijksvaccinatieprogramma.

De leden van de VVD-fractie kunnen zich vinden in de voorgestelde wijziging voor een wettelijke verplichting om vaccinatiegegevens met het RIVM te delen. Kan de regering aangeven wat het beoogde tijdpad is tot inwerkingtreding van deze wijziging?

In 2025 wordt de implementatie van deze wijziging met de betrokken ketenpartners (waaronder het RIVM, de JGZ-uitvoerders, de VNG, Nictiz en VZVZ) voorbereid. Er is iedere betrokken partij veel aan gelegen om zo snel mogelijk de benodigde aanpassingen door te voeren. Dit betreft bijvoorbeeld aanpassingen in de registratiesystemen en in de communicatie richting zorgprofessionals en cliënten. Het exacte moment van inwerkingtreding hangt af van het nog te doorlopen parlementaire proces, alsmede de precieze tijd die nodig zal zijn voordat de aanpassingen in de werkwijzen en systemen zijn doorgevoerd.

En op welke termijn zijn de vaccinatiegraden dan weer accuraat?

Door de voorgestelde wetswijziging zal het aandeel anonieme vaccinatiegegevens naar verwachting afnemen. Na de implementatie zal dit geleidelijk aan leiden tot een accurater beeld van de vaccinatiegraden. Voor nieuwgeborenen zal vanaf het moment van inwerkingtreding van dit artikel het inzicht weer volledig zijn (met uitzondering van de personen die expliciet bezwaar maken). Voor personen uit eerdere jaren zal dit langer duren, omdat gegevens van personen waarvoor eerder geen toestemming werd geregistreerd niet met terugwerkende kracht alsnog aan het RIVM worden geleverd. Pas bij nieuwe of vervolgvaccinaties kunnen gegevens worden geregistreerd.

De leden van de D66-fractie vinden het belangrijk dat met de dalende vaccinatiegraad, gemeenten worden ondersteund om gericht interventies te plegen. Dit is niet alleen goed voor

⁵¹ Zie: <https://rijksvaccinatieprogramma.nl/over-het-programma/jouw-toestemming>.

de volksgezondheid maar ook om gezondheidsverschillen te verkleinen. Deze wijziging helpt hierbij. Genoemde leden begrijpen dat de G4 hopen op een spoedige invoering. Kan de regering daarom aangeven hoe het tijdspad ter invoering van de wijziging eruitziet?

In 2025 wordt de implementatie van deze wijziging met de betrokken ketenpartners (waaronder het RIVM, de JGZ-uitvoerders, de VNG, Nictiz en VZVZ) voorbereid. Er is iedere betrokken partij veel aan gelegen om zo snel mogelijk de benodigde aanpassingen door te voeren. Dit betreft bijvoorbeeld aanpassingen in de registratiesystemen en in de communicatie richting zorgprofessionals en cliënten. Het exacte moment van inwerkingtreding hangt af van het nog te doorlopen parlementaire proces, alsmede de precieze tijd die nodig zal zijn voor de aanpassingen in de werkwijzen en systemen doorgevoerd.

Tot slot vragen de leden van de SP-fractie of er een opt-out mogelijkheid komt voor mensen die actief aangeven dat zij niet willen dat hun informatie gedeeld wordt met het RIVM. In hoeverre heeft de regering deze mogelijkheid overwogen?

Uitgangspunt van de voorgestelde wijziging is dat JGZ-uitvoerders in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma wettelijk verplicht worden gepersonaliseerde vaccinatiegegevens aan het RIVM te verstrekken (het voorgestelde artikel 6b, achtste lid, Wpg), tenzij de betrokken persoon daartegen bezwaar heeft gemaakt (het voorgestelde artikel 6b, negende lid, Wpg). Er bestaat er dus inderdaad een opt-out mogelijkheid voor personen die actief aangeven dat zij niet willen dat gepersonaliseerde vaccinatiegegevens aan het RIVM worden verstrekt. Een dergelijk bezwaar staat vanzelfsprekend het verkrijgen van een vaccinatie niet in de weg. Wanneer dit bezwaar wordt gemaakt, worden de vaccinatiegegevens anoniem met het RIVM gedeeld.

2.6 Gegevensuitwisseling in verband met het vinden van een passende plaats in een instelling i.h.k.v. de Wzd (artikel V)

De leden van de NSC-fractie lezen over de Wzd dat er ook bijzondere categorieën persoonsgegevens kunnen worden verwerkt. Welke bijzondere categorieën zijn dit?

Het gaat hier om artikel 2.3 Wet forensische zorg (hierna: Wfz). Artikel 2.3 Wfz regelt dat de strafrechter onder bepaalde voorwaarden in een strafproces een (civiele) machtiging voor gedwongen zorg mag afgeven. Betrokkene wordt in dat geval opgenomen in – voor zover hier relevant – een Wzd-instelling.

Dit voorstel maakt het mogelijk om gezondheidsgegevens te verstrekken van een cliënt voor wie, in verband met een te verlenen machtiging op grond van artikel 2.3 van de Wfz, een geschikte plaats in een accommodatie moet worden gevonden. Deze gegevens zijn noodzakelijk om te beoordelen welke plaats en zorg het meest passend zijn voor de betreffende cliënt.

In de grondslag is tevens opgenomen dat persoonsgegevens van strafrechtelijke aard worden verwerkt. Alleen al het feit dat een persoon via een procedure van de Wfz in een instelling geplaatst zal moeten worden is een persoonsgegeven van strafrechtelijke aard. Tegelijk is dat ook het enige persoonsgegeven van strafrechtelijke aard dat verwerkt zal worden.

De NSC-leden lezen ook dat er met deze nieuwe wet een doorbreking is van het medisch beroepsgeheim, wat rechtvaardigt deze doorbreking van het medisch beroepsgeheim? Wat is de consequentie als de zorgprofessional niet bereid is om het medisch beroepsgeheim te doorbreken?

Er zijn verschillende gronden voor het doorbreken van het medisch beroepsgeheim, zoals toestemming van de patiënt, een wettelijke plicht, of een 'conflict van plichten'. Deze gronden bieden een evenwicht tussen de belangen die worden gediend met het beroepsgeheim (het algemene belang van vrije toegang tot zorg en het individuele privacybelang van de patiënt) en andere zwaarwegende belangen. In het kader van het voorgestelde artikel wordt een wettelijke plicht tot het verstrekken van persoonsgegevens geïntroduceerd. Het is in het belang van de cliënt dat hij tijdig op een passende plek in een zorginstelling wordt geplaatst, zodat hij passende zorg kan ontvangen. Voor het vinden van die plek zijn de gegevens over de gezondheid van de cliënt essentieel en op deze gegevens rust een beroepsgeheim. De beschreven noodzaak tot verplichte verstrekking rechtvaardigt de eventuele doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Zonder de wettelijke plicht tot verstrekking van persoonsgegevens in het vaak moeilijk om tijdig een plek voor een cliënt te vinden, waardoor de rechterlijke machtiging niet ten uitvoer kan worden gelegd.

Het is in de praktijk voorgekomen dat de termijn voor de tenuitvoerlegging van de machtiging was verlopen waardoor cliënten letterlijk op straat kwamen te staan.

De leden van de SP-fractie benadrukken het belang van het tijdig vinden van een passende plaats in een zorginstelling, naar aanleiding van een rechtelijke machtiging. Wel vragen zij de regering nader te onderbouwen of uitbreiding van de gegevensuitwisseling hier voldoende oplossing voor biedt. In hoeverre wordt de moeite om mensen te plaatsen momenteel veroorzaakt door een gebrek aan gegevensuitwisseling?

Sinds de inwerkingtreding van de Wet zorg en dwang (hierna: Wzd) is er sprake van plaatsingsproblematiek. Dit probleem ontstaat voornamelijk doordat er onvoldoende geschikte zorglocaties beschikbaar zijn voor de beoogde doelgroep. Bovendien bemoeilijkt het ontbreken van een tijdige gegevensuitwisseling het proces, waardoor het van meet af aan uiterst lastig is om binnen de gestelde termijn een passende plek te vinden.

Een deel van deze problematiek kan worden verminderd door de introductie van een wettelijke grondslag voor het verwerken en delen van gegevens. De rechterlijke machtiging, die noodzakelijk is voor plaatsing, verloopt namelijk al na vier weken. Volgens de huidige regelgeving zijn de benodigde gegevens voor plaatsing pas beschikbaar vanaf het moment dat de machtiging is verleend. Dit betekent dat er slechts vier weken de tijd is om een geschikte zorgplek te vinden. Gezien de achtergrond van de betreffende doelgroep, is niet elke instelling geschikt voor het leveren van de noodzakelijke zorg. Het zoeken naar een passende plek in een Wzd-instelling vergt hierdoor vaak meer tijd dan gebruikelijk. In sommige gevallen heeft dit geleid tot situaties waarin de termijn voor tenuitvoerlegging verstreek en cliënten letterlijk op straat kwamen te staan. Dit heeft niet alleen grote gevolgen voor de betrokken cliënten, maar kan ook risico's opleveren voor de maatschappij. Een onbehandelde cliënt met een complexe zorgvraag kan zich zonder de juiste begeleiding weer in de samenleving begeven, met alle mogelijke gevolgen van dien.

Om dit te voorkomen, is een wettelijke grondslag voor het tijdig delen van gegevens tussen betrokken partijen noodzakelijk. Dit maakt het mogelijk om eerder in het proces passende zorgplekken te vinden, waardoor de continuïteit van zorg en veiligheid voor zowel de cliënt als de maatschappij wordt gewaarborgd.

3. Verhouding tot hoger recht

3.1 Beroepsgeheim

De leden van de PVV maken zich zorgen over de doorbreking van het medische beroepsgeheim. Deelt de regering hun zorgen dat patiënten hierdoor zorg kunnen gaan mijden? Zo ja, hoe wordt dat voorkomen? Is het niet beter om bij elke soort van gegevensverwerking in de zorg de mogelijkheid tot een opt-out te bieden?

Het beroepsgeheim zorgt voor een vrije toegang tot de zorg en is bedoeld om de patiënt en de samenleving te beschermen. Door het beroepsgeheim kan informatie in vrijheid met de arts worden gedeeld en dat kan zorgmijding voorkomen. Er wordt daarom terughoudend omgegaan met het doorbreken van het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim is echter niet absoluut. Belangen van anderen en/of de samenleving kunnen doorbreking van het beroepsgeheim nodig maken. Dit kan op grond van (veronderstelde) toestemming van de patiënt, een conflict van plichten, een zwaarwegend belang of op grond van een wettelijke verplichting. Dit wetsvoorstel bevat een aantal wettelijke verplichtingen op grond waarvan zorgverleners hun beroepsgeheim doorbreken. Daarbij is een afweging gemaakt tussen enerzijds het belang dat met de verstrekking van gegevens wordt gediend en anderzijds het belang van geheimhouding van de gegevens. Bij dit laatste is ook het risico op zorgmijding meegewogen. Daarbij is betrokken dat een eventueel risico op zorgmijding kan worden verkleind door de doorbreking van het beroepsgeheim met voldoende waarborgen te omkleden.

Een voorbeeld is het voorstel waarmee zorgaanbieders verplicht worden om gegevens van onverzekerden die medisch noodzakelijke zorg hebben ontvangen, te verstrekken aan gemeenten. Deze gegevensverstrekking is noodzakelijk met het oog op de gezondheid en het welzijn van deze doelgroep. Door middel van bemoeizorg kan deze doelgroep de hulp krijgen die zij nodig heeft en kan eventuele overlast die zij veroorzaakt, worden tegengegaan. Dak- en thuisloze mensen en personen die verward gedrag vertonen, staan vaak wantrouwend tegen de overheid en hebben geen zorgverzekering, hetgeen kan leiden tot zorgmijding. Straatartsen hebben echter aangegeven dat er in de periode van 2017 tot 2022, waarin de gegevens van onverzekerden aan gemeenten werd verstrekt, geen sprake is geweest van zorgmijding om die reden. De regering verwacht daarom niet dat de voorgestelde gegevensdeling leidt tot het mijden van medisch noodzakelijke zorg. Daarnaast kan de doelgroep door middel van bemoeizorg geholpen worden aan een zorgverzekering, hetgeen eventuele zorgmijding juist tegengaat. Waarborgen zoals de geheimhoudingsplicht voor medewerkers van de gemeenten en goed hulpverlenerschap op grond waarvan zorgaanbieders kunnen besluiten om gegevens niet te verstrekken, verkleinen het risico op zorgmijding verder. De beschreven noodzaak tot verplichte verstrekking rechtvaardigt daarom de doorbreking van het beroepsgeheim.

Een waarborg kan ook zijn dat er een expliciete opt-out mogelijkheid wordt geregeld, zoals aan de orde is bij het voorstel waarmee uitvoerders van het vaccinatieprogramma verplicht worden om vaccinatiegegevens te verstrekken aan het RIVM die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de wettelijke taken van het RIVM. Bij dit onderwerp is er gekozen voor een expliciete opt-out mogelijkheid om recht te kunnen blijven doen aan personen die wel gevaccineerd willen worden, maar bewust weigeren in te stemmen met de gegevensuitwisseling. Het regelen van een opt-out is echter niet altijd noodzakelijk. Per geval wordt beoordeeld of een systeem van opt-out noodzakelijk is. Op grond van artikel 21 AVG is er bovendien altijd een algemene bezwaarmogelijkheid, waarna de verwerkingsverantwoordelijke een belangenafweging maakt tussen het belang van de bezwaarmaker en het belang bij gegevensverwerking. De EHDS biedt lidstaten de mogelijkheid om in nationale wetgeving een opt-out-regeling voor burgers op te nemen voor de elektronische gezondheidsgegevens die binnen de EHDS-scope vallen. Bij de uitwerking van de EHDS wordt ook de wenselijkheid om een opt-out te regelen onderzocht.

3.2 Caribisch Nederland

De leden van GroenLinks-PvdA lezen dat inzake maatschappelijke ondersteuning het Besluit maatschappelijke ondersteuning en bestrijding huiselijk geweld en kindermishandeling BES in voorbereiding is. Kan hierbij een helder en concreet tijdsplan geleverd worden?

Het Besluit maatschappelijke ondersteuning en bestrijding huiselijk geweld en kindermishandeling BES is in november 2024 in het Staatsblad gepubliceerd (Stb. 2024, 342). Dit besluit is op 1 januari 2025 in werking getreden, met uitzondering van de artikelen 4.9 en 6.4. Artikel 4.9 – dat het verstrekken van gegevens door het advies en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling (AMHK) voor beleidsinformatie regelt – treedt op een later moment in werking, omdat de AMHK's nu nog in een opbouwfase zijn. Daarnaast bestaat er nog geen duidelijk beeld over hoe de verstrekking van beleidsinformatie moet worden ingericht.

4. Gegevensbeschermingseffectbeoordeling (DPIA)

4.1 Inleiding

De leden van de NSC-fractie lezen dat er een DPIA heeft plaatsgevonden. Vermeld wordt dat het risico is dat er meer gegevens worden uitgewisseld dan noodzakelijk en dat de privacy van betrokkenen onnodig wordt beperkt. Aangegeven wordt dat dit risico wordt ondervangen door in de wet te benoemen welke gegevens er worden uitgewisseld. Toch zien deze leden bij geen van de wetten expliciet om welke gegevens het precies gaat. Kan de regering bij elke wet benoemen welke gegevens er mogen worden uitgewisseld en aangeven waarom dit niet in de wet wordt vermeld? Welke uniforme wettelijke grondslag tot gegevensdeling denkt de regering op te nemen in de wetten?

Allereerst is het belangrijk op te merken dat de AVG niet voorschrijft dat altijd op het niveau van een formele wet precies moet worden geregeld welke persoonsgegevens uitgewisseld mogen worden. Indien het om een afgebakende set van gegevens gaat, kan dit bijvoorbeeld op amvb-niveau worden geregeld. Het regelen van een afgebakende set van gegevens op amvb-niveau kan wenselijk zijn om meer flexibiliteit te behouden en aan te kunnen sluiten bij de (zorg)praktijk. Als niet duidelijk is wat de afgebakende set gegevens is, omdat dit afhankelijk is van de omstandigheden van het geval, worden in ieder geval het doel en het type gegevens bij wet beperkt. In het vervolg van dit antwoord zal per voorgesteld artikel worden toegelicht welke persoonsgegevens worden uitgewisseld.

Jeugdwet – in de Jeugdwet wordt een grondslag voorgesteld voor het verstrekken van informatie door het CIZ en zorgkantoren aan het college van B&W over Wlz-zorg om samenloop met Jeugdvoorzieningen te signaleren en zonodig te voorkomen. Dit betreft gegevens over het afgeven van een indicatiebesluit waarin is vastgesteld dat een jeugdige aangewezen is op zorg op grond van de Wlz. Hierbij gaat het ook om de ingangsdatum en de datum van beëindiging van de zorg die een verzekerde ingevolge de Wlz ontvangt. Deze gegevens moeten noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Jeugdwet. Dit is vastgelegd in het voorgestelde artikel 7.4.0, vierde en vijfde lid (nieuw), van de Jeugdwet.

Wmo 2015 – In de Wmo 2015 wordt, vergelijkbaar met de Jeugdwet, een grondslag voorgesteld voor het verstrekken van informatie door het CIZ en zorgkantoren aan het college van B&W over Wlz-zorg om samenloop met Wmo-voorziening te signaleren en zonodig te voorkomen. Het betreft naast de hiervoor genoemde gegevens in het kader van de Jeugdwet, ook gegevens over de leveringsvorm van de zorg, zoals zorg (thuiswonend (VPT, MPT, PGB)), deeltijdverblijf of verblijf in een instelling. Deze gegevens moeten noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Wmo 2015. Dit is vastgelegd in het voorgestelde vierde lid van artikel 5.2.5 van de Wmo 2015.

Daarnaast wordt er in de Wmo 2015 een verplichting voor zorgaanbieders voorgesteld om gegevens, waaronder gegevens over de gezondheid en het BSN te verstrekken aan gemeenten en GGD'en in verband met de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Bij een melding door de zorgverlener aan gemeenten of GGD'en dienen op grond van dit wetsvoorstel persoonsgegevens van de patiënt te worden gedeeld die de gemeente nodig heeft om te beoordelen of bemoeizorg is aangewezen. Het gaat bijvoorbeeld om het BSN, de naam, huidige verblijfplaats en telefoonnummer van de cliënt. Met het oog op dataminimalisatie is er bewust voor gekozen om geen vaste gegevensset bij wet te regelen. De zorgaanbieder en gemeente weten gezamenlijk het beste welke gegevens noodzakelijk zijn om persoonsgerichte (vervolg)zorg te kunnen leveren aan de patiënt. Dit is afhankelijk van de situatie. De delegatiegrondslag waarmee bij amvb regels kunnen worden gesteld over de te verstrekken gegevens biedt de benodigde flexibiliteit.

Wet op het RIVM – In artikel 7a van de Wet op het RIVM wordt een wettelijke grondslag voorgesteld voor gegevensuitwisseling tussen zorgverleners, uitvoerders van bevolkingsonderzoeken en screenings. Met het oog op dataminimalisatie moet voorkomen worden dat meer gegevens worden uitgewisseld dan noodzakelijk. Daarom is de voorgestelde grondslag voor gegevensuitwisseling in lijn met de AVG nadrukkelijk beperkt tot de gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de wettelijke taken van het RIVM, namelijk het monitoren en evalueren van bevolkingsonderzoeken en screenings. Daarnaast zal in lagere regelgeving worden uitgewerkt welke gegevens door de zorgverlener aan de uitvoerder van het bevolkingsonderzoek of de screening moeten worden verstrekt. In het wetsvoorstel is vastgelegd dat bij de gegevensverstrekking gebruik wordt gemaakt van het BSN om te borgen dat de uitvoerder de gegevens aan de juiste persoon koppelt. Ook voor het overige voorziet het artikel in waarborgen met het oog op proportionaliteit en dataminimalisatie. Zo borgt de voorgeschreven wijze van trapsgewijze gegevensverwerking dat de uitwisseling van tot een persoon herleidbare gezondheidsgegevens tot het strikt noodzakelijke wordt beperkt. In het voorstel is expliciet opgenomen dat uitvoerders de gegevens op zodanige wijze aan het RIVM moeten verstrekken dat deze niet direct herleidbaar zijn tot een individu. Deze verstrekking omvat daarom ook nadrukkelijk geen BSN. De gegevens die het RIVM aldus verkrijgt en verwerkt ten behoeve van de monitoring en evaluatie, zullen derhalve, zoals eveneens is aangegeven in de memorie van toelichting, gepseudonimiseerd zijn. Volledige niet herleidbaarheid is bij zeer zeldzame aandoeningen, die slechts enkele keren per jaar worden gediagnosticeerd, niet te garanderen.

Voor de volledigheid wordt opgemerkt dat in het algemeen bevolkingsonderzoeken in opdracht van het RIVM worden uitgevoerd door screeningsorganisaties. Het is in voorkomende gevallen echter ook mogelijk dat het RIVM zelf bevolkingsonderzoeken uitvoert. Voor zover het RIVM in voorkomend geval ook uitvoerder van een bevolkingsonderzoek is, wordt uiteraard binnen de organisatie voorzien in passende waarborgen om te borgen dat geen vermenging van gegevens plaatsvindt bij de uitvoering van het bevolkingsonderzoek enerzijds en de uitvoering van de wettelijke taken van monitoring en evaluatie anderzijds.

Wet publieke gezondheid – In artikel 6b, achtste en negende lid, Wpg wordt een grondslag voorgesteld voor gegevensuitwisseling tussen het RIVM en de uitvoerders van het Rijksvaccinatieprogramma. Om te voorkomen dat meer gegevens worden uitgewisseld dan strikt noodzakelijk en in overeenstemming met de AVG, is in het voorgestelde artikel expliciet vastgelegd dat alleen de gegevens mogen worden verstrekt die noodzakelijk zijn om het beoogde doel te bereiken. Bij de verstrekking van persoonsgegevens door JGZ-uitvoerders aan het RIVM geldt dat uitsluitend de persoonsgegevens worden verstrekt die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de wettelijke taken van het RIVM. Concreet gaat het in dit geval om de regie op en de coördinatie van de uitvoering, evenals de registratie, bewaking en evaluatie van het Rijksvaccinatieprogramma door het RIVM (artikel 6b, tweede lid, Wpg). Geregeld is dat de JGZ-uitvoerders – tenzij een betrokkene hiertegen bezwaar maakt op grond van artikel 21 AVG – de vaccinatiegegevens

(zoals de datum en locatie van de vaccinatie, het productienummer van het vaccin en de infectieziekte(n) waartegen het betreffende vaccin beschermt) met persoonsgegevens van de gevaccineerde persoon (naam, adres, woonplaats, BSN, geboortedatum, geslacht) aan het RIVM doorgeeft. Gegevensverstrekking door het RIVM aan de JGZ-uitvoerders kan noodzakelijk zijn, omdat de JGZ-uitvoerder niet altijd van elke deelnemer aan het Rijksvaccinatieprogramma een actueel en volledig vaccinatieoverzicht heeft. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een verhuizing naar een andere JGZ-regio of bij nieuwe ingezetenen. Om die reden is het van belang dat individuele vaccinatiegegevens bij het RIVM kunnen worden opgevraagd. Daarnaast kan deze gegevensverstrekking relevant zijn als het RIVM bij de beoordeling van de geldigheid van de toegediende vaccinaties (zoals het juiste vaccin, de juiste leeftijd, het juiste interval en de expiratedatum), constateert dat er iets niet lijkt te kloppen. In dergelijke gevallen wordt deze informatie doorgegeven aan de betreffende JGZ-uitvoerder, zodat passende actie kan worden ondernomen.

Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten – In deze wet wordt een grondslag voorgesteld voor gegevensuitwisseling in verband met het vinden van een passende plaats in een instelling. In de voorgestelde wettelijke bepaling is vastgelegd dat bij algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld over de verstrekking van de persoonsgegevens. Hierin wordt in ieder geval gespecificeerd welke persoonsgegevens mogen worden verstrekt. De betreffende persoonsgegevens zijn reeds toegelicht in de memorie van toelichting en omvatten⁵²:

- leeftijd;
- geslacht;
- diagnose (LVB, psychiatrie, verslaving, et cetera);
- risicotaxaties;
- verwachting benodigd beveiligingsniveau;
- indicatie en zorgbehoefte;
- BSN.

4.2 Ondersteuning gemeenten bij borging privacy en gegevensuitwisseling

De leden van de PVV lezen dat gemeenten ondersteuning krijgen ter beveiliging van de persoonsgegevens en het borgen van privacy. Wordt hierbij ook aandacht besteed aan scholing van het personeel?

Gemeenten ontvangen standaard ondersteuning op het gebied van de beveiliging van persoonsgegevens via de VNG. Deze ondersteuning wordt geboden door de reeds bestaande Informatiebeveiligingsdienst (IBD), dat onderdeel is van de VNG. De IBD biedt gemeenten hulp op het gebied van preventie, detectie, coördinatie en kennisdeling rondom informatiebeveiliging. Daarnaast fungeert de IBD als het schakelpunt tussen gemeenten en het Nationaal Cyber Security Centrum (NCSC).

De IBD draagt namens gemeenten bij aan de Baseline Informatiebeveiliging Overheid (BIO) en publiceert regelmatig kennisproducten. Daarnaast bevordert de IBD kennisuitwisseling tussen gemeenten, andere overheidslagen, vitale sectoren en leveranciers. Binnen de BIO omvatten activiteiten gericht op bewustwording en gedrag onder andere: ervoor zorgen dat alle gemeentemedewerkers, inclusief ingehuurd personeel en externe gebruikers, passende trainingen en regelmatige bijscholing ontvangen over het gemeentelijke beleid en de procedures die relevant zijn voor hun functie.

Genoemde leden willen verder weten hoe wordt voorkomen dat onbevoegden medische gegevens inzien en doorgeven? Hoe is het toezicht hierop geregeld? Hoeveel datalekken komen voor bij gemeenten?

⁵² Kamerstukken II 2024/25, 36 632, nr. 3.

Gemeenten zijn gehouden aan wet- en regelgeving die zien op privacy en gegevensbeveiliging. Daarnaast regelt specifieke wetgeving in het sociaal domein, zoals de Wmo 2015 en de Jeugdwet hoe gemeenten moeten omgaan met gezondheidsgegevens. Intern wordt toezicht gehouden op naleving van het gegevensbeschermingsrecht door een functionaris gegevensbescherming (hierna: FG). Het externe toezicht wordt uitgevoerd door de AP. De AP kan onderzoek instellen bij vermoedelijke schendingen van privacywetgeving en kan bij niet-naleving van wet- en regelgeving handhavingsmaatregelen en/of boetes opleggen.

Uit het jaarlijkse overzicht van datalekmeldingen van de AP blijkt dat er in 2023 vanuit de sector openbaar bestuur 4347 meldingen van datalekken waren⁵³. Van deze meldingen betrof het bij gemeenten de meeste meldingen (141) van cyberaanvallen. Genoemde cijfers benadrukken het belang voor gemeenten, om blijvend te investeren in (preventieve) maatregelen én bewustwording op het gebied van informatiebeveiliging vergroten.

5. Advies en consultatie

5.1 Uitvoeringstoetsen

De leden van de VVD lezen in de MvT weinig terug over de uitvoeringstoetsen met betrekking tot de maatregelen uit het wetsvoorstel. Kan de regering aangeven welke uitvoeringstoetsen zijn uitgevoerd bij het wetsvoorstel? En kan de regering deze uitvoeringstoetsen delen met de Kamer?

Voorliggend wetsvoorstel maakte eerder onderdeel uit van het wetsvoorstel Verzamelwet Gegevensverwerking II. Dat wetsvoorstel is opgesplitst in de onderdelen II.a en II.b. De uitvoeringstoetsen werden uitgezet voordat deze splitsing plaatsvond. Deze toetsen zijn uitgevoerd door de volgende organisaties: de AP, de IGJ, en de ATR. De uitvoeringstoetsen zijn als bijlagen bij deze nota naar aanleiding van het verslag toegevoegd.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

J.A. Bruijn

⁵³ Zie: <https://www.autoriteitpersoonsgegevens.nl/documenten/rapportage-datalekken-2023>.