

Tweede Kamer, Digitale ontwikkelingen in de zorg

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Concept

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 10 april 2025 overleg gevoerd met mevrouw Agema, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, viceminister-president, over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 oktober 2023 inzake reactie op verzoek commissie over het bericht in de NRC "Zonder hun toestemming worden de medische dossiers van miljoenen Nederlanders gekopieerd en 'ergens' opgeslagen" (27529, nr. 305);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 oktober 2023 inzake KPMG-onderzoek Verplichting landelijk dekkend netwerk van infrastructuur voor gegevensuitwisseling in de zorg (27529, nr. 306);**
- **de brief van de minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 26 oktober 2023 inzake appreciatie van de motie van het lid Pouw-Verweij over een pilot in één zorgregio over onnodig lange administratieve procedures (Kamerstuk 31765-823) (31765, nr. 832);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 december 2023 inzake informatieplan van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2024-2028 (26643, nr. 1091);**
- **de brief van de minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 11 december 2023 inzake intensivering (Ont)Regel de Zorg (29515, nr. 491);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 december 2023 inzake voortgang publieke sturing op generieke functies voor elektronische gegevensuitwisseling (27529, nr. 312);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 december 2023 inzake weerbaarheid zorg: vitaalverklaring zorg en implementatie van de EU-richtlijnen NIS2 en CER (27529, nr. 311);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 januari 2024 inzake planning en voortgang Algoritmeregister (26643, nr. 1117);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 maart 2024 inzake financieel overzicht digitalisering (26643, nr. 1139);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 april 2024 inzake voortgang Actieplan Zorg-ICT-markt voor gegevensuitwisseling (27529, nr. 316);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 april 2024 inzake E-healthmonitor 2023 (27529, nr. 315);**
- **de brief van de minister voor Medische Zorg d.d. 25 april 2024 inzake stand van zaken beleid medische technologie in de gezondheidszorg (32805, nr. 176);**

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 april 2024 inzake Nivel-onderzoek naar vertrouwen in databeschikbaarheid van gezondheidsgegevens voor primair en secundair gebruik (27529, nr. 317);
- de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 mei 2024 inzake beleidsreactie advies Digitalisering van de zorg op de BES-eilanden (27529, nr. 318);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juni 2024 inzake standen van de uitvoering op het VWS-domein (29362, nr. 360);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 juni 2024 inzake voortgang (Ont)Regel de Zorg (29515, nr. 492);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 september 2024 inzake rapport Implementatiestrategie SNOMED in gebruik bij Nederlandse zorgaanbieders (27529, nr. 321);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 oktober 2024 inzake advies over IT-programma Vernieuwing ICT CIZ van Adviescollege ICT-toetsing (27529, nr. 323);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 oktober 2024 inzake advies van Adviescollege ICT-toetsing met betrekking tot het programma Nieuw GBS van het aCBG (27529, nr. 322);
- de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 22 oktober 2024 inzake Rapport Pilot Landelijk Toetsingskader (27529, nr. 324);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2024 inzake planning en voortgang Algoritmeregister 2024 VWS (26643, nr. 1259);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 december 2024 inzake voortgang persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) en ontwikkeling Mijn Gezondheidsoverzicht (27529, nr. 327);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 december 2024 inzake richting een aanpak en kaders voor inzet van AI bij administratieve zorgtaken (27529, nr. 329);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 december 2024 inzake rapport Nationale Strategie voor het gezondheidsinformatiestelsel (27529, nr. 326);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 december 2024 inzake voortgang Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (27529, nr. 328);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 december 2024 inzake agenda databeschikbaarheid in de zorg (27529, nr. 325);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 januari 2025 inzake onderzoek van het Adviescollege ICT-toetsing naar Mijn Gezondheidsoverzicht en PGO-aanbesteding (27529, nr. 330);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 maart 2025 inzake stand van zaken landelijk dekkend netwerk voor gegevensuitwisseling en uiteindelijk databeschikbaarheid in de zorg (27529, nr. 331).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Mohandis

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Esmeijer

Voorzitter: Thiadens
Griffier: Heller

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Bushoff, Claassen, Van den Hil, De Korte, Krul, Paulusma, Rijkers-Oosterkamp en Thiadens,

en mevrouw Agema, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, viceminister-president.

Aanvang 10.00 uur.

De **voorzitter**:

Ik open de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Aan de orde is het debat over de digitale ontwikkelingen in de zorg. Ik heet de minister van VWS, de mensen op de publieke tribune en natuurlijk de mensen die het debat volgen via de stream van harte welkom. Van de kant van de Kamer zijn mevrouw De Korte van NSC, de heer Claassen van de PVV, mevrouw Paulusma van D66, de heer Bushoff van GroenLinks-PvdA, mevrouw Van den Hil van de VVD en mevrouw Rijkers-Oosterkamp van de BBB aanwezig. Ik stel voor om in de eerste termijn vier interrupties toe te staan. Datzelfde geldt voor de eerste termijn van de minister. Ik geef nu als eerste het woord aan mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dank u wel, voorzitter. Digitalisering in de zorg biedt enorme kansen. Maar als privacygevoelige medische gegevens in verkeerde handen vallen, kan dit leiden tot bijvoorbeeld afpersing. Het is van groot belang dat dit zo veel mogelijk wordt voorkomen. Vandaag wil ik het vooral hebben over databeveiliging. Nieuw Sociaal Contract maakt zich grote zorgen over het feit dat een groot deel van de zorgorganisaties nog steeds niet voldoet aan de NEN 7510-norm voor databeveiliging. Veel zorginstellingen zijn zich tevens onvoldoende bewust van cyberveiligheid. Hoe gaat de minister actie ondernemen zodat alle zorgorganisaties binnen twee jaar voldoen aan de NEN 7510-norm en zich bewust zijn van cyberveiligheid?

De Autoriteit Persoonsgegevens heeft in haar sectorbeeld Overheid aangegeven dat het gebruik van privacy enhancing technologies, PET, een veelbelovende mogelijkheid is voor het beveiligen van data. Helaas wordt deze technologie nog te weinig toegepast. Ook tijdens het rondetafelgesprek werd benadrukt dat het cruciaal is om PET's, zoals de multi-party computation, de MPC, vanaf het ontwerp toe te passen, omdat het achteraf implementeren van deze beveiligingstechnieken heel moeilijk is. Daarnaast kwam uit het rondetafelgesprek naar voren dat doelbinding cruciaal is. Kan de minister toezeggen dat zij direct in de digitale infrastructuur aan de slag gaat met de integratie van deze technologieën, zoals PET, MPC en doelbinding?

Kwantumcomputers zijn in opmars. Kan de minister, eventueel in samenwerking met de

staatssecretaris Digitalisering, met een plan van aanpak komen voor de versleuteling van data op een kwantumveilige manier?

Dan over de EHDS. Op weke manier sluiten huidige systemen aan op de EHDS? Worden zorgprofessionals en bedrijven betrokken bij de implementatie van de EHDS? De EHDS voorziet in een opt-out voor burgers bij secundair gebruik. Mijn vaag aan de minister is of burgers straks ook met één opt-out toestemming kunnen weigeren voor al het secundaire gebruik van hun gegevens. Of moet dat straks keer op keer opnieuw?

NSC vindt dat er voor secundair gebruik van data niet gebruikgemaakt mag worden van het bsn als koppelsleutel. Het is onduidelijk of brondata van secundaire organisaties de bsn-nummers bezitten. Ook lijken onderzoekers nu andere gevoelige informatie te gebruiken als koppelsleutel voor de datasets. Denk daarbij aan het adres. Hoe voorkomt de minister dat bsn-nummers in brondata zitten van datasets van secundaire gebruikers? Hoe voorkomt zij dat andere gevoelige data, zoals een adres, onterecht aan secundaire gebruikers als de onderzoeksinstituten worden verstrekt? In de bankensector worden ethische hackers ingezet om de beveiliging van gevoelige patiëntengegevens te testen. Ziet de minister de mogelijkheid om een vergelijkbare aanpak in te zetten in het zorgstelsel?

Wij zien in de huidige strategie te veel versnippering tussen projecten, systemen en verantwoordelijkheden. Hoe gaat de minister dit concreet oplossen? Komt er bijvoorbeeld een onafhankelijke ... Ik hoor dat mijn telefoon gaat.

De voorzitter:

Wilt u even schorsen voor een telefoontje?

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Excuus. Ik moet opnieuw beginnen. Oké, ik was bij de ... Ik ben nu helemaal van mijn à propos.

Hoe gaat de minister de versnippering oplossen? Komt er bijvoorbeeld een onafhankelijke, landelijke uitvoeringsautoriteit? VWS heeft zeven algoritmen gepubliceerd in het rijksbrede Algoritmeregister. Kan de minister schetsen hoe het gebruik van algoritmen wordt getoetst op bias, transparantie en rechtvaardigheid? We zouden graag een toelichting willen op het IGJ-risicomodel voor verzorging en verpleging. Wellicht kan dat schriftelijk plaatsvinden. Burgers hebben het fundamentele recht om te weten door wie en waarvoor hun meest gevoelige data wordt gebruikt. Met name in de psychiatrie is dit belangrijk. Krijgen burgers ook het recht om hun gegevens te wissen?

Voorzitter. Technologie biedt enorme kansen, maar we moeten waken voor de risico's die ermee gepaard gaan. We zien uit naar de antwoorden van de minister.

De voorzitter:

Dank u wel. U heeft een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik heb heel aandachtig geluisterd naar de bijdrage van mevrouw De Korte. De conclusie is eigenlijk dat ik vooral heb gehoord wat NSC niet wil. Ik ben heel erg benieuwd naar

wat NSC wél wil op dit onderwerp. Wellicht kan dit ook worden toegelicht in de context van het patiëntenbelang.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dank u wel voor deze vraag. Dan kan ik daar nog iets over vertellen, want ik had maar vier minuten. We vinden het belangrijk dat er uitwisseling is tussen professionals zelf, dus in het primaire gebruik. Daar moeten dus echt stappen in gezet worden. In de acute zorg moeten de patiëntgegevens echt bekend zijn. Dat vinden we belangrijk. Maar we hebben ons nu speciaal willen richten op de databaseveiliging.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Begrijp ik dan goed dat NSC dus ook voor een opt-out is in de spoedeisende hulp?

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Wij hebben vooral gesproken over een opt-out voor secundair gebruik. Secundair gebruik is het gebruik door onderzoekers, voor kwaliteitsbewaking en dat soort zaken.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ga mijn interrupties hier niet aan verspillen, want ze gaf geen antwoord op de vraag. Dat is dus een beetje jammer. Maar ik geloof dat ik geholpen word.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik probeer het even tot me door te laten dringen terwijl ik me baseer op een persoonlijke belevenis van de afgelopen periode. Ik was toen dolgelukkig dat mijn moeder een opt-out had, of in ieder geval dat ze gezegd had dat haar gegevens gedeeld mochten worden. De ambulance stond namelijk op de stoep. Zij was er nu niet meer geweest als dat niet gebeurd was. De vraag is dus: vindt u ook dat een opt-out voor dat soort zaken, zoals we die ook in de coronatijd gezien hebben, cruciaal is?

Ik kan mijn microfoon niet uitdoen.

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

We willen gewoon de hele tijd naar jou luisteren, Jacqueline.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Dat vind ik allemaal prima. Ik kan nog even doorgaan.

De **voorzitter**:

Er is een storing in het systeem, dus ik schors de vergadering even.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

De microfoon lijkt het weer te doen. We waren bij mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Het geluid doet het weer. Dank u wel, voorzitter.

Ik zei net al dat we vooral pleiten voor secundair gebruik bij een opt-out. Dat betekent dus, nogmaals, alleen voor onderzoekers en kwaliteitsdoeleinden. Ik pleit niet direct voor

een opt-out als het gaat om cruciale gegevens. Patiëntengegevens moeten inderdaad — ik zei het al — echt beschikbaar zijn bij de acute hulp. Primaire gegevens zijn dus voor de zorgprofessionals onderling ...

De voorzitter:

Wacht maar even op de bel.

Mevrouw De Korte.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dus ja, eigenlijk is het hetzelfde antwoord. Het primaire gebruik is het gebruik van zorgdata door zorgprofessionals onderling. Dat gaat dus van het ziekenhuis naar de huisarts en naar de zorgprofessionals onderling. Dat is het primaire gebruik. Daarvoor pleiten we dus niet voor een opt-out. Een opt-out betekent dat je bepaalde gegevens niet aan anderen wil doorgeven. Voor onderzoeks- en kwaliteitsdoeleinden pleiten we wel voor een opt-out. Dat is het secundaire gebruik.

De voorzitter:

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

De heer **Claassen** (PVV):

Dank je wel, voorzitter. Recent bleek dat veel zorginstellingen hun internetadressen niet op orde hebben. De domeinnamen blijken niet goed beveiligd. Kwaadwillenden kunnen persoonlijke gegevens in handen krijgen als een zorginstelling haar domeinnaam niet goed beheert. Dat was sowieso het geval, maar is dat ook weleens echt gebeurd? Als dat gebeurde, wat voor gevolgen had dat dan? Hoe wordt ervoor gezorgd dat zorginstellingen hun verantwoordelijkheid nemen, zodat de gegevens van cliënten niet op straat belanden?

Om gezondheidsgegevens veilig te delen moet van iedere zorgaanbieder het digitale adres bekend zijn. Gaat de implementatie van het Landelijk Register Zorgaanbieders ervoor zorgen dat de domeinnamen goed beveiligd zijn? Wat doet de overheid eraan om zorgaanbieders te ondersteunen om tot een geslaagde implementatie hiervan te komen?

Voorzitter. Patiëntveiligheid in ziekenhuizen staat steeds meer onder druk, doordat de uitwisseling van medische gegevens te vaak onmogelijk is. Door de toenemende verplaatsing van zorg worden patiënten steeds vaker in meerdere ziekenhuizen tegelijkertijd behandeld. Dit vergroot het aantal momenten dat er gegevens tussen artsen moeten worden gedeeld en zorgt hiermee dus ook voor een toename van de risico's. Patiënten lopen een risico, omdat de elektronische patiëntendossiers niet met elkaar kunnen communiceren.

Een belangrijke reden is dat zorgaanbieders vaak hun eigen digitale systemen hebben, die niet op elkaar aansluiten omdat ze verschillende ICT-leveranciers hebben. Met welke oplossingen komt het kabinet om ervoor te zorgen dat ICT-systemen aansluiten? Op welke termijn is dat te realiseren? We hebben het hier alleen nog maar over de uitwisselingstaal, laat staan over de te hanteren classificatiesystemen. De NEN 7522:2021-norm is zo'n gestandaardiseerd classificatiesysteem. Dat is nu geen wettelijke eis, terwijl deze normering wel een kader stelt voor afspraken over

classificatie, ongeacht de communicatiestandaarden zoals HL7. Denk daarbij bijvoorbeeld aan SNOMED CT en de onderliggende conceptmapping van de verpleegkundige zorg, NANDA, NIC en NOC, NNN, of ICD-11. Daarom de vraag aan de minister of het mogelijk is om de NEN 7522-norm wettelijk te gaan verplichten, zeker gezien het feit dat er binnen de EHDS nog afspraken gemaakt moeten worden over de classificatie-eisen.

Dan heb ik nog enkele vragen over de EHDS. Hoe zorgt de minister ervoor dat de transparantie over secundair datagebruik wordt gewaarborgd? Hoe blijft dit in lijn met de kernprincipes van de EHDS, zoals beschreven in overweging 66, waarin transparantie over datatoegang, beschermingsmaatregelen en de resultaten van secundair datagebruik centraal staan? Hoe zorgt de minister ervoor dat deze publieke investeringen ten goede komen aan de gezondheidszorg en de maatschappij en niet leiden tot excessieve commerciële verdienmodellen? Hoe voorkomt de minister dat monopolistische bedrijven, zoals grote epd-leveranciers en dataverwerkers als Amazon en Google, via de EHDS ongehinderd gezondheidsdata kunnen vercommercialiseren die met publieke middelen zijn verzameld?

Wat is de financiële impact van de invoering van de EHDS op het zorgveld? Hoe gaat de minister dat dan financieren? Kan de minister toezeggend dat de zorgpremie die verzekerden betalen, wordt ontzien bij de financiering van de implementatie van EHDS? Hoe verhoudt de EHDS zich tot de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg en de afspraken uit het IZA over monitoring en transparantie richting patiënten, zorgverzekeraars en toezichthouders?

Het opt-outrecht is helaas nog niet helemaal geregeld in de wetgeving. Nu blijkt uit de brief van 7 april jongstleden dat er pas in 2032 volledig gebruik van burgerrechten van toepassing is. Ook staat het woordje "eventueel" bij de optie opt-out. Waarom duurt dat zo lang? Kan de minister toezeggen dat tot die tijd niet tegen de wens van de burgers in met hun gegevens wordt omgegaan? Hoe wordt ervoor gezorgd dat burgers hiermee bekend zijn en weten dat zij deze optie hebben? Waarom wordt het woord "eventueel" genoemd bij het toepassen van een opt-out? Is het niet gewoon beter om dan te gaan voor een opt-in, zou ik gekscherend zeggen? Graag een antwoord van de minister op deze vragen.

Wat de PVV-fractie betreft is het onbehoorlijk om zoiets belangrijks als een opt-out achteraf te gaan regelen. Vandaag ook weer hier een winstwaarschuwing als het gaat over de wet kwaliteitsregistraties zorg. Regel daar op z'n minst een opt-out voor, vraag ik de minister.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Er is een interruptie van de heer Bushoff.

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

Ik sloeg aan op het punt van de heer Claassen over de commercialisering binnen de digitalisering in de zorg. We zien dat best veel ICT-bedrijven de afgelopen jaren, zoals dat heet, "gesloten ICT-systemen" hebben kunnen bouwen en dat zij die kunnen aanbieden aan zorgaanbieders. Ik was maandag nog in het UMCG en daar noemden ze dit punt ook. Het risico is dan dat je niet van ICT-leverancier kan overstappen en dat die bedrijven dus enorm hoge prijzen kunnen rekenen en monopolieposities kunnen

innemen et cetera. Voelt de PVV-fractie er wat voor om bijvoorbeeld te zeggen: we verplichten die opensourcesystemen of we stellen deze als standaard in, als norm? Zo kan worden voorkomen dat je dit soort monopolieposities krijgt van bepaalde ICT-bedrijven of dat zij echt ontzettend hoge prijzen kunnen rekenen.

De heer **Claassen** (PVV):

Sterker nog, ik heb in het verleden zelf meegemaakt bij de ziekenhuizen waar ik gewerkt heb, of waar ik was vanwege het werk dat ik daar heb gedaan om te helpen met het implementeren van zorgtechnologie, dat er epd-systemen zijn die zo solitair zijn dat het loslaten ervan en het overstappen al handenvol geld kost voordat je überhaupt een nieuw systeem in de hijs hebt. Dat is zeker wel een uitdaging. Het kwam daardoor ook voor dat er binnen ziekenhuizen misschien twee of drie soorten epd-systemen moesten bestaan, omdat ze van het ene niet af kwamen.

Dus als het een oplossing zou zijn om het via open source te doen of als we op een andere manier afspraken kunnen maken over het verdienmodel van leveranciers — in dit voorbeeld gaat dat over epd's — dan vindt u daarin in mij wel een voorstander.

De **voorzitter**:

Er is een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik hoorde ... Ik weet uw naam nog. Ik dacht, ik wacht heel even op de bel. Ik hoorde de heer Claassen tegen de minister zeggen dat alle plannen rondom digitalisering de premie niet mogen verhogen. Dat vond ik een enigszins grappige opmerking vanuit een PVV'er die momenteel bezig is met het onzalige plan rondom het eigen risico en het verhogen van de premie. Maar ik deel ook de zorgen over het geld. In het vorige kabinet zijn er forse middelen vrijgemaakt voor de digitalisering. Die zijn als sneeuw voor de zon verdwenen in dit hoofdlijnenakkoord. Wat is het voorstel van de PVV zelf om dit een goede start te geven met geld?

De heer **Claassen** (PVV):

Het gaat er, wat mij betreft, om dat de middelen die bedoeld zijn om directe zorg te leveren — dat zijn vooral premiegelden — niet verdwijnen richting hele dure systeemimplementaties. Er zijn wellicht andere wegen om het te financieren. Dat kan natuurlijk voor een deel vanuit de leveranciers zelf komen. Het kan ook uit de middelen van de zorgverzekeraars komen die ook willen innoveren of vanuit de middelen van de ziekenhuizen zelf die willen innoveren. Het hoeft dus niet per definitie direct uit de premiegelden te komen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u, voorzitter. Minister Agema kondigde vlak na haar start als bewindspersoon dé oplossing voor de zorg aan: de inzet van AI zal de administratie van zorgprofessionals halveren. Dat was hét gouden ei voor de personeelstekorten. Het gouden ei veranderde alleen al snel in zo'n lelijk verrassingsei zonder inhoud. De zorgsector liet ook weten dat AI nog lang niet is waar de minister zegt dat het is. Er zijn nog heel veel stappen nodig voordat AI daadwerkelijk iets kan betekenen in het terugdringen van de administratieve

lasten voor zorgverleners. Dit weekend nog las ik bij RTL ook kritiek vanuit de partij van de minister zelf. AI is geen wondermiddel. Hoe kijkt de minister nu naar haar grootse verwachtingen van AI? Waar ligt voor deze minister het zwaartepunt als het gaat om het benutten van de digitale mogelijkheden in de zorg?

Wat D66 betreft liggen er veel kansen, maar ontbreekt het aan tempo, visie en vooral regie van deze minister. Ook als ik kijk naar de plannen van deze minister die er wél zijn, zie ik dat zij alles naar 2030 doorschuift. Dat is ontzettend zonde, want niet alleen de zorgprofessional, maar juist ook de patiënt zou enorm kunnen profiteren van goede gegevensuitwisseling in de zorg. Patiënten lopen namelijk nu gevaar, omdat het ontbreekt aan communicatie tussen de elektronische patiëntendossiers. Maar liefst 97% van de medisch specialisten zag hierdoor risico's voor hun patiënten.

Mijn vraag aan de minister is dan ook: ziet zij de urgentie wel? Hoe voorkomen wij anno 2025 dat patiënten die van het verpleeghuis naar het ziekenhuis worden verplaatst overlijden vanwege een gebrek aan informatie over de medische voorgeschiedenis? Al voor de begroting in 2022 diende ik een amendement in ten aanzien van betere medicatieoverdrachten. Ik begrijp uit het veld dat er veel meer nodig is. Kan de minister aangeven hoe zij dit signaal oppakt?

Voorzitter. Al langer pleit D66 samen met de VVD voor een opt-out bij de spoedzorg. Nu moet een patiënt eerst toestemming geven voordat de gezondheidsgegevens kunnen worden gedeeld. Maar als je buiten westen ... Ik zal heel even wachten op de bel.

Als je buiten westen wordt afgevoerd in de ambulance, in hoeverre ben je dan nog in staat om die toestemming te geven? Ik zou het wel weten, en mijn collega van de VVD ook, begreep ik net. Ik zou graag nu al willen aangeven dat mijn zorgverleners, als ik spoedzorg nodig heb, mijn hele medische dossier mogen inzien. Uw voorganger heeft al goede stappen gezet. Ik krijg nu de angstige indruk dat het op de plank blijft liggen. Ik zou graag willen weten waar het nu staat en of de minister net als D66 het belang van deze opt-out inziet. Graag een reactie.

Tot slot. In de vorige kabinetsperiode waren er voor de plannen in het Integraal Zorgakkoord en de digitale ambities middelen vrijgemaakt, forse middelen. Deze middelen lijken als sneeuw voor de zon verdwenen. Kan hiermee dus ook de streep door de digitale ambities van deze coalitie? Of moet ik deze keuzes anders interpreteren?

Tot slot, voorzitter. Vergeet bij alle digitale kansen niet de professionals en de patiënten mee te nemen. Zij zijn hard aan het werk. Laat de minister dit ook gaan doen.

De voorzitter:

Dank u wel. De heer Bushoff.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Afgelopen maandag was ik op werkbezoek in het UMCG in mijn eigen, geliefde stad Groningen. Ze vertelden en lieten mij daar zien dat digitalisering in de zorg heel veel kansen biedt. Ze hebben er heel veel aan. Sterker nog, ze gaven aan dat het ziekenhuis voor een belangrijk deel draait op de digitale infrastructuur en dat die cruciaal is. Ze zeiden er tegelijkertijd bij dat het absoluut niet zo is dat iets als AI ervoor

gaat zorgen dat alle personeelstekorten worden opgelost. Dat werd mij ook in niet mis te verstane bewoordingen uitgelegd. Ik ben benieuwd of de minister zelf ook in gesprek is gegaan met zorgmedewerkers en ziekenhuizen en of zij aan de minister dan andere signalen geven dan bijvoorbeeld aan mij of RTL et cetera. Hoe ziet de minister dat? Daar ben ik benieuwd naar.

Voorzitter. Ik hoorde dus ook dat digitalisering in de zorg wel degelijk enorm belangrijk is. Sterker nog, een ziekenhuis draait daar echt op. Het is zó belangrijk dat er, als het plat zou liggen, letterlijk levens in gevaar komen. Daar heb ik op dit moment toch zorgen over. Het is namelijk zo dat we inmiddels in een wereld leven met best wel veel geopolitieke spanningen. We hebben daarom terecht een heel aantal van onze belangrijke sectoren in Nederland beschermd tegen bijvoorbeeld overnames vanuit het buitenland. We hebben onze telecommunicatie bijvoorbeeld beschermd tegen overnames vanuit het buitenland.

Recent, in 2023, hebben we ook een veiligheidstoets ingevoerd voor investeringen, fusies en overnames binnen cruciale sectoren zoals de chipsector — daar valt ASML bijvoorbeeld onder — de energiesector, de militaire en defensie-industrie, kerncentrales, navigatietechnologie et cetera. Al dat soort cruciale sectoren hebben we beschermd. De aanbieders hebben we beschermd tegen overnames van bijvoorbeeld Russische, Chinese of andere bedrijven waarvan wij denken: het zou niet prettig zijn als zij dit soort cruciale infrastructuur in handen krijgen. Dus we hebben al die sectoren als de energiesector, de chipsector, de defensie-industrie en de telecomindustrie beschermd en dat is terecht. Maar wat we niet beschermd hebben is onze digitale infrastructuur. Aanbieders van de digitale infrastructuur voor ziekenhuizen vallen dus niet onder hetzelfde beschermingsregime als al die andere sectoren die ik net noemde, maar dat lijkt me wél wenselijk. De digitale infrastructuur is voor onze zorg immers cruciaal. Ik ben dus benieuwd hoe de minister hiernaar kijkt. Ziet de minister dit risico ook? Vindt de minister ook dat bijvoorbeeld eenzelfde soort of vergelijkbare beschermingsmaatregelen genomen zouden moeten worden voor onze digitale infrastructuur als die we hebben voor al die andere cruciale sectoren in Nederland?

Voorzitter. Mijn tweede punt is dat het zinvol zou zijn om te werken met dataopenheid of de verplichting daartoe, ook in het licht van veiligheid. Mocht het zo zijn dat een aanbieder van de digitale infrastructuur wordt overgenomen door een bedrijf en de zorgaanbieder vindt dat onwenselijk, dan wil je wel dat de zorgaanbieder makkelijk kan overstappen naar een andere aanbieder. Dat kan nu een probleem zijn, omdat er geen sprake is van dataopenheid. Oftewel: men kan niet anders dan bij die ene aanbieder van digitale infrastructuur blijven. Ook daarom wil je naar een soort standaard van dataopenheid toe. Ik ben benieuwd of de minister dat met GroenLinks-PvdA deelt.

Het lijkt mij heel zinvol als we dat doen en niet alleen om te kunnen overstappen als de aanbieder van de digitale infrastructuur je niet bevalt. Ook omdat we dan wellicht een wat gezondere markt creëren in plaats van dat een paar spelers een monopoliepositie innemen en torenhoge prijzen voor hun digitale diensten kunnen vragen. We zien nu dat daar heel veel geld naartoe gaat en dat is uiteindelijk publiek geld dat naar private partijen gaat. Zij behalen daarmee hoge winstmarges. Het zou dus ook in dat opzicht wenselijk zijn om de open standaarden te hanteren. Ik hoop dat de minister dat met ons eens is.

Voorzitter. Ik zie dat u naar de microfoon grijpt, dus waarschijnlijk ben ik door mijn tijd heen.

De **voorzitter**:

Ja. Dank u wel, meneer Bushoff. Mevrouw Van den Hil.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Dank u wel. Met het risico dat dat ding straks weer niet uitgaat, maar goed.

Voorzitter. Mijn collega Judith Tielen, namens wie ik het debat vandaag voer, maakte al een initiatiefnota. Het gaat om en-en: én fysieke zorg én digitale zorg. Maar het gaat allemaal tergend traag. De goede plannen die er liggen worden niet of niet snel genoeg uitgevoerd. Het is fijn dat de minister eindelijk ziet wat de VVD al jaren zegt en dat ze zich gaat inzetten voor digitale zorg. Ik blijf een positief mens.

Voorzitter. Zonder het uitwisselen van gegevens lukt het niet. De VVD vraagt al heel lang om dit versneld door te voeren. Bijna alle Nederlanders gaan ervan uit dat gegevens gedeeld worden tussen verschillende zorgverleners. Ze zijn verbaasd als blijkt dat dit niet het geval is. Waarom vindt de VVD dit zo belangrijk? Omdat het administratieve lasten vermindert. Omdat het niet delen van gegevens een risico vormt voor de patiënt; ik gaf het net al aan. Omdat het lastig is om data te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek. Gegevensuitwisseling helpt daarnaast bij de opsporing van fraude, misbruik en onveilige zorg. Wat gaat de minister doen om te versnellen?

Een vraag over de veiligheidsnormen: is de minister het met de VVD eens dat zorginstellingen dezelfde veiligheidschecks moeten doen als banken bij internetbankieren? Collega Bushoff stipte het ook al aan: we leven in onzekere tijden. Dat is niet vanwege de oorlog in Oekraïne, ook onze cyberveiligheid staat onder druk. Vanuit onvrije landen als China en Rusland neemt de cyberdreiging al jaren toe. De overheid kan voor enkele cruciale sectoren voorwaarden verbinden aan fusies of overnames en kan deze in sommige gevallen tegenhouden. Dit geldt niet voor de digitale infrastructuur van ziekenhuizen. Het is hoog tijd om hier verandering in te brengen. Is de minister hiertoe bereid?

Voorzitter. Mensen met een chronische aandoening hebben een leven buiten hun ziekte en willen niet naar het ziekenhuis als dat niet nodig is. Digitale zorg geeft deze mensen regie, terwijl hun gezondheid wel in de gaten wordt gehouden. Dat geldt ook voor paramedische zorg. De VVD vindt dat hybride zorg verplicht moet worden voor alle chronische en paramedische zorg. Mijn vraag aan de minister is: wat is daarvoor nodig? Hoe wordt het meegenomen in opleidingen? Hoe gaat de minister zorgen voor inzicht in en onderzoek naar de invloed van zorg op afstand op zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden?

Verder vraag ik om concretere antwoorden op de schriftelijke vragen van collega Tielen.

De **voorzitter**:

U heeft een interruptie van de heer Claassen.

De heer **Claassen** (PVV):

Hoorde ik nu net de VVD met het en-en-verhaal zeggen dat hybride zorg verplicht moet

worden, ook voor ouderen en kwetsbare mensen? Dat is wat ik hoorde. Volgens mij is uit onderzoeken bekend dat juist die groep niet meekan, ondanks alle ondersteuning. Als de uitspraak is dat het verplicht moet worden, zou die situatie een contra-indicatie moeten zijn. Is de VVD het met me eens dat het dan niet en-en is, maar dat in die gevallen alleen sprake moet zijn van fysieke zorg?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Zoals collega Tielen toen ook al aangaf: je gaat uit van wat iemand kan. Maar er zijn echt een hoop mensen die juist graag hybride zorg willen. Zij willen graag de afstandsconsulten. In de coronatijd zag je dat ook echt gebeuren. Dan gingen sommige mensen bijvoorbeeld één keer op consult en werden andere dingen digitaal gedaan. Je ziet dat sommige dingen voorliggend al heel goed digitaal kunnen. Na corona wordt er heel aarzelend mee omgegaan. Wat de VVD betreft wordt er goed gekeken of er goede financiering tegenover staat. Wat ons betreft wordt ook bekeken of het in sommige gevallen ook voorliggend kan worden ingezet om te zorgen dat de druk op de zorg verminderd wordt. Zo kijken wij ernaar.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik kan één ding zeggen over corona en dat is dat in heel veel gevallen juist de digitale communicatie vol zat met leegte en afstand. Het heeft mensen enorm tekortgedaan in het gevoel van warmte dat men nodig had, juist in die tijd. Ik vind die vergelijking daarom een hele lastige, eerlijk gezegd. Mijn vraag is als volgt. Er zijn hele groepen ouderen en mensen met een kwetsbaarheid, zoals een geestelijke beperking, die niet meekunnen met de digitalisering. Dat zou een contra-indicatie zijn voor verplichte hybride zorg. Moet je dan niet zeggen: geen verplicht en-en, maar alleen daar waar het kan en-en, en zou je er dus geen verplichting op moeten leggen?

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik kom even terug op dat voorbeeld van corona. Ik heb juist gezien dat het multidisciplinair overleg enorm werd gewaardeerd. Ik werkte toen in een verpleeghuis. Het was een positief punt dat mensen op afstand toch even overleg konden hebben met de zorg en met de arts. Die dingen moeten we koesteren. En ja, er was in die tijd zeker ook sprake van kilheid en afstand. Die heb ik ook meegemaakt, helaas. Maar dat is niet waar hybride zorg over gaat.

Verder denk ik: doe het waar het kan. Ik vind het ook lastig om ouderen maar af te schrijven als mensen die dat niet kunnen. In mijn omgeving zie ik dat oudere mensen het soms nog makkelijker kunnen dan ik. Zij waarderen het juist om met hun dochter of zoon ernaast even digitaal contact te hebben met een arts en een vraag te kunnen stellen. Als het echt nodig is, dan heb je natuurlijk fysieke zorg. Je kan bijvoorbeeld niet op afstand de wijkverpleegkundige steunkousen aan laten doen, hoewel daar ook allerlei hulpmiddelen voor zijn. Maar je kan wel op afstand even een belletje doen. Je merkt dat er vanuit zorgaanbieders soms nog aarzeling is, omdat de vergoedingen nog niet helemaal goed zijn. Ik gaf dat net ook al aan. En je merkt dat ze toch weer makkelijk teruggaan naar "even langsgaan", terwijl niet iedereen daarop zit te wachten.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U vervolgt uw betoog.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Hoe gaat de minister zorgen voor inzicht in en onderzoek naar de invloed van zorg op afstand op zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden?

Verder vraag ik om concrete antwoorden op de schriftelijke vragen van collega Tielen over de tarieven voor digitale zorg. Volgens de VVD moeten die verbeterd worden, maar daar lijkt weinig vooruitgang in te zitten. Hoe kijkt de minister naar het belonen van digitaal werken?

Voorzitter. In veel regio's zijn IZA-projecten opgestart. Die kunnen een paar jaar op gang komen, daar kan van geleerd worden en die kunnen resultaat opleveren voor onder andere betere kwaliteit en minder arbeidsuren. Die projecten worden nauwelijks opgeschaald als blijkt dat ze voldoende werken. De VVD wil dat de minister meer inzet op snelheid en opschaling van projecten die leiden tot arbeidsurenbesparing. Is de minister in haar aanvullende akkoord bereid hier afspraken over te maken en om regelgeving in te zetten?

Tot slot, voorzitter. Kunstmatige intelligentie, ook wel AI genoemd, wordt volgens de minister revolutionair. Natuurlijk is het nog volop in ontwikkeling, maar het wordt nog niet voldoende ingezet. Hoe gaat de minister dit allebei versnellen? Zo is het bij de screening van borstkanker enorm efficiënt en effectief. De bevolkingsonderzoeken in Nederland zijn van hoge kwaliteit, maar wat gaat de minister doen om deze voortrekkersrol te behouden? Er wordt door het RIVM onderzoek gedaan naar de inzet van kunstmatige intelligentie om zo de kwaliteit en efficiëntie van screeningsprogramma's en radiologen te vergroten. Is de minister bereid te kijken naar meerjarige trajecten waarin validatie en monitoring van implementatie van kunstmatige intelligentie in de screening van borstkanker wordt gefaciliteerd? En is de minister, in het verlengde van de plannen en brieven op AI-vlak waaraan ze werkt, bereid om met het bedrijfsleven en zorgpartijen te kijken naar het uitwerken van een concrete agenda om investeringen in AI te stimuleren? Dit kan eventueel met behulp van publiek-private partijen, zoals Invest-NL.

Dat was het, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Rijkers.

Mevrouw Rijkers-Oosterkamp (BBB):

Dank u wel, voorzitter. Vandaag bespreken we als commissie de digitale ontwikkelingen in de zorg. Een belangrijk onderwerp gezien de opkomst van kunstmatige intelligentie en het gevaar voor patiënten doordat ziekenhuizen en huisartsen gegevens niet delen. Ik wil vandaag dan ook bij deze twee onderwerpen stilstaan.

Ik begin met kunstmatige intelligentie, ook wel AI genoemd. Door middel van AI kan de verpleegkundige het gesprek met de patiënt opnemen en opschrijven. Dit scheelt administratieve tijd. Het wordt door onduidelijkheid nu nog weinig gebruikt. Op dit moment werkt de ene ICT-aanbieder al wel met AI en de andere niet. Dit zorgt voor een ongelijk speelveld en vertraagt de innovatie in de gehele zorg. Hoe gaat de minister op korte termijn door middel van een actieplan een gelijk speelveld creëren? Klopt het dat er wetgeving is om deze innovaties uit te rollen? Zo ja, welke wet is dit? Hoe gaat de minister deze wet dan beter implementeren in de sector? Kan de minister toezeggen een AMvB, een algemene maatregel van bestuur, in deze wet op te nemen die

aanbieders verplicht aan te tonen hoe AI-instrumenten privacydata waardig opslaan?

Voorzitter. Dan kom ik bij het tweede onderwerp, namelijk de slechte gegevensdeling in de zorg. Laat ik het maar gewoon zeggen zoals het is: het is een puinhoop. De antwoorden op mijn schriftelijke vragen vond ik teleurstellend en ontwijkend. De minister zegt wel dat ze de urgentie voelt, maar in de praktijk zien we daar weinig van terug. De minister verschuilt zich achter de afhankelijkheid van ICT-leveranciers om de doelstellingen uit het Actieplan Zorg-ICT-markt te halen. Maar laten we eerlijk zijn, zij blokkeren juist de voortgang en behouden hun monopoliepositie ten koste van de zorgprofessional en, nog belangrijker, van de patiënt.

BBB wil nú actie: niet straks, niet ooit, maar nu. Tijdelijke oplossingen zoals de Tijdlijn Landelijke Beeldbeschikbaarheid zijn van start, maar totdat we de beschikbaarheid van patiëntgegevens structureel en landelijk hebben geregeld, zijn er ook werkbare oplossingen nodig voor de korte termijn, waarbij zorgverleners inzage krijgen in patiëntgegevens, brieven, verslagen, radiologische beelden, CT, MRI en echo. Kan de minister toezeggen de regie en de druk op de andere tijdelijke oplossingen en pilots vanuit de regio, op korte termijn landelijk in te zetten?

Voorzitter. Wat ons ook mateloos stoort, is dat de minister geen kwartiermaker wil aanstellen. Ja, er zijn geschikte mensen in huis, maar laten we eerlijk zijn: als dat genoeg was geweest, hadden we hier vandaag niet deze discussie hoeven voeren. Kan de minister alsnog toezeggen om een onafhankelijke kwartiermaker aan te stellen met mandaat, die de zorgaanbieders en de ICT-leveranciers kan dwingen om afspraken na te komen. Zo niet, dan kondig ik nu alvast een motie aan.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank, mevrouw Rijkers. Een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik ben aangenaam verrast door de bijdrage van BBB. Daar krijg ik een heel goed humeur van, laat ik het zo stellen. Om het heel concreet te maken: ik wil dat die opt-out en die spoedzorg geregeld worden, niet morgen, maar vandaag, want het kost patiëntenlevens. Kan ik daarbij rekenen op de steun van BBB?

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

Zeker.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan de heer Krul.

De heer **Krul** (CDA):

Voorzitter, dank u wel. Ik ben nog steeds een beetje aan het bijkomen van de teleurstelling dat we vandaag niet over een heel ander belangrijk onderwerp spreken in de plenaire zaal, namelijk de marktwerving in de zorg, private equity en CoMed. Dat is helaas in de Bermudadriehoek van de plenaire agenda verdwenen. Ik hoop dat we dat toch heel snel met deze minister kunnen doen.

Voorzitter. De toekomst van de zorg zal gekenmerkt worden door een tijd van schaarste en dan vooral een schaarste aan mensen. Die schaarste betekent dat er fundamentele keuzes gemaakt moeten worden in de verdeling van de schaarste. Wie krijgt welke zorg? Hoe beschermen we kwetsbare groepen? We kunnen de schaarste immers niet oplossen, ook deze minister kan dat niet. De mensen zijn er gewoon niet. Digitalisering is daarom keihard nodig. Het zal en moet een rol spelen in het verminderen van schaarste.

Tegelijkertijd moeten we ook waken voor te hoge verwachtingen en voor beloftes die niet waargemaakt kunnen worden als we niet eerst de basis op orde brengen. Het CDA ziet dat laatste nog te veel gebeuren. We zien een houding die uitstraalt dat AI alle administratieve lasten zal wegnemen en dat innovatie de heilige graal is die alle problemen zal oplossen. Ik zie die houding ook in de brief van de minister over AI in de zorg. Er worden veel positieve effecten van AI benoemd, maar bij de concrete inzet blijft het bij Haagse vaagtaal. De minister gaat "rondetafelgesprekken voeren", "betere validatie van AI-toepassingen stimuleren" en "afspraken maken over het AI-ready maken van de zorg". Ik probeer echt te begrijpen wat hier nu staat, maar ik kom er zelf niet uit. Wat gaan we concreet doen? En wanneer kunnen we concrete resultaten verwachten?

Voorzitter. Dan een ander aspect van digitaliseren, namelijk bezuinigen. De versnelling van de digitalisering in de gehandicaptenzorg en in de wijkverpleging moeten samen 80 miljoen euro opleveren in 2027, en structureel bijna een half miljard. Hoe staat het met deze maatregel, is mijn vraag aan de minister. Is zij op koers om deze besparing te halen en wat gebeurt er eigenlijk als we dat niet halen? Komt er dan gewoon een platte bezuiniging?

De opbrengst moet volgens de minister komen van meer leefstijlmonitoring, steunkousmachines en medicijndispensers. Het CDA ziet hier ook echt voordelen van. Maar kan de minister bijvoorbeeld eens wat meer zeggen over de dispensers? Hoe snel stijgt het gebruik hiervan? Klopt het dat het echt tot minder contactmomenten leidt? Een wijkverpleegkundige dient niet alleen maar medicijnen toe, maar combineert dit met andere handelingen. Hoe kijkt de minister bijvoorbeeld naar de kritiek uit de gehandicaptenzorg op het onderliggende onderzoek over de berekening van deze besparing? Is de praktijk, bijvoorbeeld in de gehandicaptenzorg, niet altijd weerbarstiger?

Om de besparing te realiseren worden in de jaren 2027 tot en met 2030 middelen voor transitiekosten beschikbaar gesteld. Opgeteld is dat 40 miljoen euro per jaar aan transitiekosten. Kan de minister hierover al wat meer delen? Is zij hierover al in gesprek? Aan welke ondersteuning en aan welk bedrag denkt zij? Zijn er al afspraken over gemaakt met het veld?

Voorzitter. Mijn punt is dat er op het gebied van digitalisering in de zorg nog hele grote stappen moeten worden gezet. Volgens mij is het van belang dat we daarom eerst de basis op orde krijgen, voordat we alvast allerlei besparingen gaan inboeken waarvan we nog niet weten of we ze wel kunnen realiseren. Ik vraag dit omdat de minister ook echt goede stappen wil zetten via de Nationale strategie voor het gezondheidsinformatiestelsel. Moet dat dan niet eerst de volledige focus hebben?

We moeten zo snel mogelijk aan de slag met de standaardisering van

gegevensuitwisseling; heel veel collega's hebben hier al over gesproken. Kan de minister concreet maken waaraan de extra 162 miljoen in 2025 en de 196 miljoen in 2026 voor de standaardisatie van gegevensuitwisseling worden uitgegeven? Welke resultaten moeten daar dan uitkomen? Hoe kijkt de minister naar de suggestie van zorgverzekeraars om het gebruik van open standaarden door ICT-leveranciers verplicht te stellen?

Tot slot, voorzitter. Het landelijk dekkend netwerk van gekoppelde data-infrastructuur. Ik denk dat er kansen liggen als de minister nog iets meer regie neemt en snelheid maakt. Er ligt een publieke taak voor de overheid om versnippering tegen te gaan.

Voorzitter, ik rond af. Mijn oproep is: ga juist met dit soort zaken vol aan de slag en laten we ons niet laten afleiden door AI-luchtkastelen.

De voorzitter:

Dank u wel. Een interruptie van de heer Claassen.

De heer Claassen (PVV):

Als ik zo luister naar de inbreng van BBB en het CDA, lijkt het er bijna op dat de minister de taak en de wettelijke daadkracht zou moeten krijgen om top-down tegen heel Nederland te zeggen: dit zijn de systemen, dit is de onderlinge taal die er gesproken wordt, dit is de onderliggende classificatie en zo gaan we het doen, los van alle andere systemen die mensen bedenken. Is het CDA het met me eens dat we dan die kant op zouden moeten en de hele markt moeten overrulen? Dan wordt het zoals wij het hier bedenken. De vervolgvraag die erbij hoort is: denkt het CDA dat dat haalbaar is in de tijd dat deze minister hier aan het roer is?

De heer Krul (CDA):

Ik ga er gewoon van uit dat de minister nog een jaar of acht op deze post zit, dus in die zin kan er nog een hele hoop gebeuren. Er zitten een paar aspecten aan. Eén: in een ultieme situatie zou er een gezonde balans zijn, want er kan ook ontzettend veel vanuit de markt. Zij hebben misschien weer innovaties. Maar als de balans verstoord raakt, en dat zien we hier echt, en er ontstaat versnippering door te weinig regie vanuit de overheid, dan moet je als overheid ook regie willen terugnemen. Ik ben het in die zin dus met de heer Claassen eens. Een tweede aspect is in hoeverre de minister daar ook voor pleit. Ze heeft daarin een groot deel van de commissie als bondgenoot, denk ik, zowel links als rechts. Dus ja, als daarvoor voorstellen komen van de minister, kan ik alvast melden dat het CDA die waarschijnlijk zal steunen. Dus moet er volledige regie zijn vanuit de overheid? Je hebt de markt wel nodig, denk ik, maar op dit moment is de balans wel echt verstoord. Er is een versnipperd beeld, waar de zorg niet zoveel aan heeft.

De voorzitter:

Dank u wel. Een interruptie van de heer Bushoff.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Fijn dat het CDA zegt dat we misschien eens moeten kijken naar die open standaarden. We willen niet dat er misbruik wordt gemaakt van een aanmerkelijke marktpositie door digitale aanbieders. Een andere vraag is of het CDA zich ook zorgen maakt over het gebrek aan regelgeving rondom de bescherming van de digitale infrastructuur in de

zorg. Zou het CDA daar ook meer van willen weten en voelt het CDA voor een betere bescherming daarvan?

De heer **Krul** (CDA):

Als de vraag is of het CDA zal pleiten voor een slechtere of een betere bescherming, dan voelen wij natuurlijk wat voor een betere bescherming. Daar zitten denk ik wat concrete voorstellen achter, dus ik zou zeggen: kom maar op. Uiteraard pleiten wij voor een betere bescherming van de systemen omdat het vaak gaat om hele kwetsbare groepen. Dat is inherent aan een sector die het publiek dient. Het korte antwoord is dus: ja.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Dan zijn we hiermee aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de kamer. Ik schors tot 11.20 uur.

De vergadering wordt van 10.47 uur tot 11.20 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. We gaan verder met de eerste termijn van de zijde van de regering. Ik geef het woord aan de minister, die gaat antwoorden in blokjes.

Minister **Agema**:

Dank u wel, voorzitter. Ik ga eerst in op het waarom, de regie en het versnellen, dan op arbeidsmarkt, toegankelijkheid en eigen regie en opt-out, dan standaardisatie en gegevensuitwisseling, infrastructuur, informatiebeveiliging en gegevensbescherming en dan varia.

Voorzitter. Afgelopen 18 december stuurde ik vijf brieven tegelijkertijd naar de Kamer in de hoop er een debat als vandaag uit te slepen. Ik vind gegevensuitwisseling namelijk ongelooflijk belangrijk. Vandaag heb ik gehoord dat dat Kamerbreed het geval is. Dat was natuurlijk ook al zo bij de Wegiz, die we met algemene stemmen hebben aangenomen. We vinden het allemaal heel erg belangrijk omdat we ook zien dat dingen in de praktijk niet goed gaan. We horen mevrouw Van den Hil het voorbeeld geven van haar moeder. Zo kennen we veel voorbeelden van dossiers die nog altijd worden overgetypt en van ongelukken die gebeuren. Ik denk daarbij aan een patiënt die wordt gereanimeerd, terwijl die dat niet had gewild. Of het gaat om een verkeerde behandeling omdat de gegevens niet bekend zijn. Naast dat het echt risico's meebrengt voor de patiënten, leidt het ook nog eens tot een hoge registratielijst en vooral tijdverspilling. Het is verspilling van tijd en menskracht. Het belang van gegevensuitwisseling wordt hier breed gedragen en daar ben ik heel blij mee.

Ik ben ook blij van de Kamer te horen dat er meer regie gepakt moet worden. Ik heb het zelf niet zo meegemaakt rondom het epd en de wetgeving in 2011. De uiteindelijke uitkomst toen was dat het epd werd verworpen. De politiek mocht zich er nadrukkelijk niet meer mee bemoeien. Het is dus goed dat we dat nu wel doen. Ik hoor ook van de Kamer dat zij wil dat ik er meer mee ga doen en dat zal ik opvolgen.

Op dit moment zijn we de Wegiz-uitwisselingen aan het regelen om de regie te pakken. Dan gaat het over de medicatieoverdracht, het beeld, de eOverdracht en de acute zorg. We hebben een nationale visie en strategie met het veld vastgesteld. We realiseren de

infrastructuur en de generieke functies. We realiseren de eenheid van taal, SNOMED, het PGO en Mijn Gezondheidsoverzicht. We stellen kaders aan AI en kijken naar de daarvoor beschikbare financiering. Dat zijn allemaal onderwerpen waar ik zo direct verder op zal doorgaan.

Ik hoor dat de Kamer wil dat ik doorpak op verplichtingen. Ik ben bereid dat te doen. We gaan ook het toezicht door de inspecties versterken en we gaan versnippering doorbreken.

Op de vraag wat wij doen als het gaat om versnellen, heb ik gemerkt dat af en toe het beeld ontstaat dat wij met een hele grote verbouwing bezig zijn, zoals op het Binnenhof. Het Binnenhof is dicht; daar kunnen we niet in. Kamer voor kamer wordt verbouwd. Straks, ergens op het einde, gaan de deuren open. Hier doen we eigenlijk iets anders. De winkel blijft open tijdens de verbouwing. Dat betekent dat 2035 het eindpunt is. Dan moet alles klaar zijn. Gedurende de rit zijn we alles nieuw aan het doen. Het allerbelangrijkste, de basis op orde, de Wegiz, doen we nu op dit moment. Dat doen we in de jaren 2025, 2026 en 2027. Als we die uitwisseling in 2025, '26 en '27 op orde hebben, samen met het landelijk dekkend netwerk, waarbij het gaat om de basisgegevensset, de medicatieoverdracht, de eOverdracht van de vvt-sector en de beeldbeschikbaarheid, hebben we heel erg veel voor elkaar. Daar ben ik echt heel blij mee, want het is hoog tijd.

We brengen ook partijen bij elkaar in coalities, bijvoorbeeld de CumuluZ Coalitie als het gaat om regie. We zijn zelf aan het ontwikkelen en bouwen. Ik noem als voorbeeld de pseudonimiseringsservice. Die is in 2026 gereed net al de generieke functies. We zijn ook bezig met de wetgeving, dus de verzamelwetten die de Kamer regelmatig toegestuurd krijgt. Dat gaat om de Wet digitale identificatie en authenticatie in de zorg, de Wet Diaz, waarbij de inbrengtermijn van de Tweede Kamer op 9 april was. We sturen vanuit een breed portfolio. Dat werd ook al gezegd. Dat gaat bijvoorbeeld om de tijdlijn voor radiologen en de knooppunten in de langdurige zorg die we verbinden met curatieve zorg.

Ik hoor geluiden dat de Kamer wil dat ik doorpak op verplichten. Dat gaat om verplicht gebruik van de generieke functies, het landelijk dekkend netwerk of het gebruiken van standaarden. Daar ben ik toe bereid. Je ziet wel dat die wens voor de regie in 2011 helemaal niet mocht, maar dat dat gaandeweg voorzichtig toch terugkwam. Ik hoor dat uw Kamer wil dat ik steviger regie neem. Dat zal ik doen. Helemaal aan het begin van mijn periode heb ik een brief over SNOMED aan de Kamer gestuurd waarin ik schreef het nog niet te verplichten. Ik zeg u bij dezen toe dat ik dat wel ga doen. U zult de wetgeving wat dat betreft uw kant op zien komen.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Mooi om te horen dat de minister door gaat pakken, daar houd ik altijd van. Maar ik kom even op dat verplichten en die standaarden. Je kan standaarden hebben en toch allerlei verschillende leveranciers. Ik hoop niet dat we één blok krijgen waarvan iedereen gebruik moet maken. Als de overheid de regie neemt in dat soort zaken, zien we dat dat niet altijd helemaal goed afloopt. Ik hoop dat ze daarbij de marktpartijen blijft betrekken.

Minister **Agema**:

Natuurlijk. Het is mij een heel lief ding waard dat we niet in een situatie terechtkomen

zoals we die zelf in 2011 hebben gecreëerd. We moeten dit zorgvuldig, veilig en verstandig met elkaar doen. De regie ligt zeker bij mij, maar eigenlijk bij ons allemaal. We moeten de vinger aan de pols houden. SNOMED, een internationale medische taal, moeten we omarmen. Dat hebben we ook gedaan. Als we die verplichten, zijn we volgens mij op de goede weg.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik ben blij om te horen dat de minister dat gaat doen, want tijdens de technische briefing gaf ik al aan dat we al vanaf 2006 bezig zijn met SNOMED. Ik wil de minister nog de uitdaging voorleggen waar ik het in mijn inbreng over had. Komt er in de conceptmapping een iets diepere vertaling onder de classificatie, zoals een Nanda, NIC en NOC? SNOMED ICT omvat duizenden kernwoorden. Die kunnen gekoppeld worden aan de verschillende classificatiesystemen van de diverse beroepsgroepen. Is dat een onderwerp dat echt aandacht krijgt en wordt meegenomen?

Minister **Agema**:

Het antwoord is ja.

In de richting van mevrouw Rijkers van de BBB zeg ik dat het mij spijt dat zij teleurgesteld was over de beantwoording van de Kamervragen. Ik bedoelde dat natuurlijk niet zo. Wat betreft de kwartiermaker heb ik bedoeld te zeggen dat we de mensen in huis hebben. Die zitten hier naast mij, met name mevrouw Rouwenhorst. Zij wordt door het veld gezien als een belangrijk persoon wat betreft deze transitie en de begeleiding daarvan. Onlangs heeft zij een prijs gekregen, een onderscheiding vanuit het veld. Ik zie dat het veld daarmee zegt: dit is onze kwartiermaker.

Ik vind het ook heel belangrijk, wanneer het gaat over doorpakken, dat AMvB's en wetgeving onder mijn verantwoordelijkheid vallen. Dat kan een kwartiermaker niet. Vandaar dat ik op deze wijze de vragen van mevrouw Rijkers heb beantwoord.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Goed om te horen dat de minister regie wil pakken, maar ik hoorde de minister ook zeggen dat de regie van ons allemaal is. Toen raakte ik een beetje in de war, want ik wil dat de minister regie neemt. In de blokjes komt geld niet voor. Als de minister regie neemt en een aantal zaken gaat verplichten, hoe gaat de minister dat dan betalen?

Minister **Agema**:

Ik heb gelukkig nog wel geld. We zijn begonnen met 1,4 miljard euro voor digitalisering. Daar is een hoop mee gedaan voor generieke functies, de PGO's en het landelijk dekkend netwerk. Er zit nog 566 miljoen euro in en dat gebruiken wij hiervoor. Over zaken als bedrijfsvoering is er onlangs een rapport verschenen van McKinsey waaruit blijkt dat je met digitale zorg wel 22 miljard euro zou kunnen uitsparen. In de bedrijfsvoering van zorgaanbieders ligt ook een stukje verantwoordelijkheid om digitalisering en gegevensuitwisseling goed op te pakken. Ze hebben er belang bij. Daarmee zal op de balans geld worden uitgespaard.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik snap dat de minister zegt dat dit soort zaken geld gaan besparen, maar ik vroeg haar hoe ze het gaat betalen. Van die 1,4 miljard euro zijn verschillende dingen gefinancierd, maar er is ook een hele grote hap geld uit genomen die gewoon verdwenen is. Dan blijft

er een bedrag over van 566 miljoen euro. Ik denk dat dat niet toereikend is voor de grote stappen die er in het zorgveld moeten worden gezet. Wat gaat deze minister dan niet doen? Welke keuze maakt zij om dit wel te kunnen financieren?

Minister Agema:

Het is niet zo dat er geld verdwenen is. Het is uitgegeven, onder andere aan het landelijk dekkend netwerk, aan de PGO, aan het maken van de generieke functies. Het geld is uitgegeven aan zaken waarvoor het bedoeld was. Er is nog 566 miljoen euro beschikbaar om hieraan te besteden. Dat is heel belangrijk. Ik zei zojuist dat er ook een stukje eigen verantwoordelijkheid ligt bij aanbieders zelf om deze bedrijfsinvesteringen te doen.

De voorzitter:

U vervolgt uw betoog.

Minister Agema:

Het is natuurlijk niet zo dat ik denk met AI de administratietijd te kunnen halveren. Dat is al een poosje een eigen leven gaan leiden. Het is wel zo dat ik AI revolutionair vind. Dat zie je overal in de maatschappij en niet alleen in de zorg. De kansen in de zorg zijn ongekend als het gaat om planning, roosters, speech-to-text, het maken en overdragen van een dossier, maar ook als het gaat om onderzoek en preventie. De mogelijkheden van AI zijn ongekend en vanuit het veld hoor ik dat het ook een stuk werkplezier teruggeeft. We zijn daar volop mee bezig, ook aan tafel bij het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord. We maken afspraken met elkaar, bijvoorbeeld dat we van het veld vragen met een gezamenlijke implementatiestrategie te komen.

De heer Krul vroeg heel concreet wat ik aan het doen ben. In het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord zijn er twee toepassingen, namelijk de speech-to-text en planning. Die gaan we ook uitrollen. Daar staat het veld achter. Als het om AI gaat, vind ik het belangrijk dat we met die gezamenlijke implementatiestrategie komen en dat we samen met het veld afspraken maken over de aanpak en de kaders die we gaan stellen. Die komen in Q2, dus die komen binnenkort naar de Kamer.

Nogmaals, ik vind AI revolutionair. De kansen die het biedt, komen ook precies op het goede moment. Logistiek biedt het ook enorme kansen. Als het gaat om het halveren van de administratietijd, zet ik natuurlijk op veel meer in. We moeten de hand in eigen boezem steken als het gaat om wetgeving; we moeten de wetgeving en de uitvraag dus vereenvoudigen. Ik wil afspraken maken in het AZWA over machtigingen. Dat zou me een lief ding waard zijn. Er zijn heel veel meer dingen die voor administratietijd zorgen en oplosbaar zijn met AI. Ik ben bezig om die halvering het uitgangspunt te laten zijn van de wijze waarop we omgaan met administratietijd. We zijn met verschillende sectoren bezig ze te bevragen. Als je ervan uitgaat dat je maximaal 20% van je tijd mag besteden aan administratie, waaraan ga je die dan besteden? Dat levert allemaal heel interessante informatie op. Het is dus een breed scala aan dingen die we doen om de administratietijd te halveren. Dat moet ook wel.

Mevrouw Rijkers vroeg of de minister op korte termijn door middel van een actieplan een gelijk speelveld gaat creëren. Nou ja, ik zei het zojuist al: we komen met een aanpak en met kaders voor AI in de zorg. Ik denk dat zij met een gelijk speelveld bedoelt dat het overal in het land een beetje gelijk opgaat. Daarin zij we bezig met die

gezamenlijke implementatiestrategie die ik graag tot afspraak wil maken in het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord. Duizend bloemen bloeien en de goede ideeën die ontstaan, moeten we wel overal terug kunnen zien, zodat iedereen daarvan profijt kan hebben.

Mevrouw Rijkers vroeg ook of het klopt dat er wetgeving ligt om innovaties te kunnen uitrollen en, zo ja, welke wet dat is. "Hoe gaat de minister dit beter implementeren in de sector?" In het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord ga ik samen met het veld ontwikkelingen en implementatie van medische technologie extra stimuleren. Ook zijn er meerdere wetten die zorgen voor een goede balans tussen innovatie en bescherming van mensenrechten. Hierbij kan gedacht worden aan de AVG, de European Medical Device Regulation en de AI-verordening.

Ze vroeg ook of de minister kan toezeggen een bepaling of een AMvB in deze wet op te nemen die aanbieders verplicht aan te tonen hoe het AI-instrument de data privacywaardig opslaat. Er zijn al meerdere wetten die bescherming van de medische gegevens waarborgen. Op dit moment moeten organisaties voldoen aan de AVG bij gebruik van medische gegevens. Dit geldt ook bij het gebruik van AI-systemen.

Mevrouw Paulusma vroeg of er nog stappen nodig zijn om AI in te zetten om de administratieve lasten terug te brengen en hoe de minister kijkt naar de verwachtingen. De eerste voorbeelden die ik in het veld zie, zijn veelbelovend. Ik denk daarbij aan spraakgestuurd rapporteren. Daar had ik het eerder al over. Daarmee kunnen in potentie duizenden uren worden bespaard. Ik zie ook dat er nog veel uitdagingen liggen. Daarom werk ik nu samen met het zorgveld aan de afspraken richting een spoedige, veilige en zorgvuldige inzet. Zodra deze afspraken gereed zijn, zal ik ze met de Kamer delen. Q2, heb ik zojuist genoemd.

Dan de vraag van mevrouw Van den Hil over het versnellen van AI. Zoals ik zojuist al zei, werk ik op dit moment aan de aanpak en kaders AI in de zorg. Samen met het veld heb ik aandacht voor het ontwikkelen en implementeren van AI. Heel concreet gaan we twee toepassingen uitrollen als we het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord op korte termijn mogen tekenen: speech-to-tekst en planning. Zodra de aanpak en de kaders afgerond zijn, deel ik die met uw Kamer.

De heer Bushoff sprak over de digitale infrastructuur die cruciaal is. AI is niet de oplossing voor al het personeelstekort. Hij vroeg of de minister in gesprek is met zorgverleners uit het ziekenhuis. Het klopt dat AI natuurlijk niet de oplossing is voor al het personeelstekort. Er is meer nodig om het personeelstekort op te lossen. De aanpak is natuurlijk ook veel breder. Naast de inzet op AI zet ik ook in op het halveren van de administratietijd, de juiste inzet van medewerkers op de juiste plek en het vergroten van vakmanschap en werkplezier. Ik spreek hierover met zorgverleners. Op de zorgtop op 2 juni lanceren wij ons platform Afwenden arbeidsmarkttekort. Ik hoop u daar allemaal te zien.

"Waar ligt voor de minister het zwaartepunt voor digitale middelen in de zorg?" Daar heb ik zojuist al wat over gezegd in de richting van mevrouw Paulusma. Ik verwijs naar de doelen en afspraken in het Integraal Zorgakkoord met veel partijen over de digitale zorg. In het aanvullend akkoord wil ik daarnaast ook afspraken maken over AI en de inzet van medische technologie. Databeschikbaarheid en goede financiële prikkels zijn belangrijke

voorwaarden.

De **voorzitter**:

Er is een interruptie van de heer Bushoff.

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

De minister is wel heel stellig geweest over het feit dat in 2030 de administratieve lasten gehalveerd moeten zijn. Het klopt dat de minister daarvoor aangeeft in te zetten op verschillende dingen, maar ze ziet daarin een revolutionaire rol weggelegd voor AI. Die speelt daarin een heel belangrijke rol. Als dat de overtuiging van de minister is, neem ik aan dat de minister kan aangeven met hoeveel die administratieve lasten verminderd worden door haar inzet op AI. Dat zal ze dan toch moeten kunnen onderbouwen. Ik ben benieuwd of de minister dat kan.

Minister **Agema**:

We hebben verschillende monitors, bijvoorbeeld bij het IZA. Bij het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord laten we de voorstellen die daarin staan doorrekenen door KPMG om te zien welk effect die hebben op de arbeidsmarkt. Het is soms ontzettend lastig om dat in beeld te brengen, maar er komt wel meer duidelijkheid over. Het is niet zo dat we dat in het lichtledige laten. We hebben KPMG gevraagd een doorrekening te maken en we hebben hieraan ook een monitoring gekoppeld.

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

Het verbaast mij een beetje en misschien kan de minister daar haar licht op laten schijnen. Aan de ene kant heb je een minister die heel stellig zegt: ik ga die administratieve lasten halveren in 2030. Aan de andere kant hoor ik een minister zeggen: we gaan nog maatregelen nemen, maar het is nog niet helemaal duidelijk welke maatregelen dat allemaal zijn. We moeten ze ook nog doorrekenen en monitoren. Hoe kun je met al die onzekerheden zo stellig zijn over het feit dat het gaat lukken om in 2030 met de inzet van deze minister die administratieve tijd te halveren?

Minister **Agema**:

De techniek ligt er weer uit. O, hij doet het. Ik hoor mezelf praten. Er was vast een snoertje dat ergens niet goed zat. Deze doet het, voorzitter.

De **voorzitter**:

Het systeem lijkt weer te werken, dus we gaan door. De minister.

Minister **Agema**:

Waar komt alles nou vandaan? We weten dat er op dit moment al een arbeidsmarkttekort is in de zorg. Dat is groot. Als we niets doen, dreigt dat een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort te worden. Daarom heb ik in het regeerprogramma als uitgangspunt opgenomen dat we dit moeten oplossen. Daarbij is het halveren van de administratietijd een van de dingen die ik wil bereiken. We werken met 1,4 tot 1,5 miljoen mensen in de zorg. Je moet dat personeelsprobleem een keertje hebben opgelost. Daarom vind ik het wel belangrijk. Samen met het veld zijn we dat aanvullend zorg- en welzijnsakkoord aan het maken. Dat gaat heel erg goed en ik hoop dat op korte termijn te kunnen sluiten. Daarin staan een heleboel afspraken die wij met elkaar maken. We hebben KPMG gevraagd door te rekenen of de afspraken die we met elkaar maken gaan zorgen voor minder inzet van personeel. Dat is dat globale aantal waarbij

ook de administratietijd wordt meegenomen.

Het is natuurlijk veel breder. We hebben bijvoorbeeld laten doorrekenen dat het RS-vaccin een verminderde inzet van 50 IC-verpleegkundigen zou kunnen betekenen. Dat is op het totaal van die 66.500 natuurlijk niet veel, maar op dit punt en op deze inzet is dat wel groot. De tijd die besteed wordt aan het uitschrijven van machtigingen, maar ook de kansen die AI biedt, wordt op dit moment allemaal in kaart gebracht door KPMG. We gaan met het veld en met elkaar afspraken maken over het afwenden van het arbeidsmarkttekort. Dat is een prioriteit die we met z'n allen delen. Het is het belangrijkste om dat voor elkaar te krijgen. Dat is onze inzet en ons doel in deze periode.

De **voorzitter**:

We hebben vier interrupties in totaal. U heeft er twee gebruikt, mevrouw Paulusma. Er is nog een interruptie van mevrouw Van den Hil.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):
Was dit alles over AI?

Minister **Agema**:

Nee, maar wel van u, volgens mij. O nee, er komt nog wat. Ik heb er nog twee van u.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):
Dan hou ik mijn mond.

De heer **Krul** (CDA):

Ik vind dit wel echt een heel interessant punt dat de minister opbrengt. Ik zie dat er echt ontzettend veel gebeurt op het gebied van AI, speech-to-text, planning, het AZWA, Hand in eigen boezem, regelgeving, machtigingen. Ik zie echt wel heel veel gebeuren. Als je een bord spaghetti tegen de muur gooit, blijft er ook wel wat plakken, zeg maar. Ik kan me voorstellen dat de minister heel nauwkeurig zou willen weten waar we, als we in 2030 de administratieve lasten willen halveren, in 2027 moeten staan en waar in 2028. Dan weet ze: als ik in 2027 niet hier sta, moet ik misschien deze extra maatregelen nemen of misschien wel minder maatregelen, omdat het al heel goed gaat. Heeft de minister het idee dat er een monitor wordt ontwikkeld waarmee zij echt kan sturen en op tijd kan ingrijpen in plaats van dat er gezegd wordt: we doen heel veel en we laten dingen doorrekenen waarbij er een bepaald effect verwacht wordt en verder gaan we gewoon heel erg ons best doen. Ik zie echt wel goede dingen, maar ik kan me voorstellen dat de minister juist zo'n tool zou willen.

Minister **Agema**:

Natuurlijk. Daarom heb ik ook aan KPMG gevraagd om dat te doen. Het is bijzonder lastig. We hebben wel heel concrete indicatoren. We hebben het AZV-info en het prognosemodel Zorg en Welzijn. Als het niet goed loopt, loopt dat gewoon op. Dat zijn heel concrete cijfers die we in onze monitoring natuurlijk meenemen. Naast die concrete monitor heb ik KPMG gevraagd door te rekenen daar waar het kan. Dat zijn soms hele brede bandbreedtes, dus heel precies gaat dat nooit worden.

We weten wel dat we inderdaad echt alles moeten doen. Naast het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord en de afspraken die we met zeventien partijen in het veld heel graag snel willen maken, werk ik ook aan het platform Afwenden arbeidsmarkttekort. Dat gaan

we op de zorgtop van 2 juni presenteren. Daarin hebben we alles bij elkaar gebracht wat de voorbije jaren effectief is gebleken, maar wat nog niet landelijk is opgeschaald. Het potentieel pakken waarbij ongeveer 4% meer uren worden gemaakt werkt, maar dat is niet landelijk uitgerold. Zo zijn er best wel de nodige projecten waarvan we weten dat ze werken, maar die niet landelijk zijn uitgerold. Dat gaan we op dat moment daar samen met het veld doen. We plukken alle bloemen. Ik heb daar monitors bij en AZW-info en KPMG, maar er blijft een diffuus gebied. We zullen het heel concreet zien aan de vacaturegraad, aan het prognosemodel Zorg en Welzijn. Het CPS wordt ook twee keer per jaar uitgevraagd.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik vond dat een hele goede vraag van collega Krul. Ik hoor de minister nu een aantal keer zeggen dat het heel breed is, heel diffuus. Dat is het voor deze commissie ook zolang de minister niet met plannen komt. Dat maakt het voor Kamerleden heel lastig om in debat te gaan. De heer Krul stelt de vraag waarop ik ook wel graag het antwoord wil, namelijk wat de rode vlaggen op de route zijn en wat deze minister dan gaat doen?

Minister **Agema**:

De rode vlag op de route is het moment dat het arbeidsmarkttekort groter wordt en de zorgplicht in het geding komt. Dat zijn natuurlijk de rode vlaggen op de route. Dat is mijn commitment. Dat mag niet gebeuren. Daarom zetten we in op alles wat werkt. Ik snap dat het frustrerend is. Het is niet het eerste debat waarin ik het heb over de vraag of het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord bijna klaar is. Dat is het ook. Ik snap dat u het heel graag lezen wil en er een oordeel over wil kunnen vellen.

U wilt zien of de afspraken die we maken wel ver genoeg gaan. Dat snap ik. Het spijt me dat het nog even duurt. We hebben het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord op korte termijn en we hebben het platform op 2 juni. Dat moet een totaalpakket opleveren dat gemonitord wordt. Ik zei eerder al: dat moet het prognosemodel opleveren dat om de zoveel tijd wordt ververst. We hebben de doorrekeningen van KPMG. Dat zijn inderdaad soms hele brede bandbreedtes. Ik kan niet zeggen dat ze met één getal moeten komen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. U bent nog steeds bij blokje twee, toch? Arbeidsmarkt, toegankelijkheid ...

Minister **Agema**:

En AI. Ik heb nog drie vragen daarover. Innovatie lost volgens het CDA niet alles op. In de Kamerbrief over AI stond: positieve effecten, maak concreet, vage taal, rondetafelgesprekken, validatie, gebruik stimuleren en e-readiness stimuleren. Het CDA vroeg wat we concreet gaan doen. Ik heb er zojuist ook al wat over gezegd. We komen met een aanpak en kaders in Q2. We komen met een gezamenlijke implementatiestrategie. Dat is een van de afspraken in het AZWA. We gaan in ieder geval twee toepassingen concreet opschalen, namelijk speech-to-text en planning. Dat is wat we concreet op dit moment aan het doen zijn.

Mevrouw Van den Hill had het over de bevolkingsonderzoeken in Nederland. "Die zijn van hoge kwaliteit, maar wat gaat de minister doen om deze voortrekkersrol te behouden? Is de minister bereid te kijken naar meerjarige trajecten waarbij validatie en monitoring van de implementatie van kunstmatige intelligentie in de screening van borstkanker wordt gefaciliteerd?" Deze vraag ressorteert eigenlijk onder de portefeuille

van mijn collega, staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport. Mede namens hem en samen met het RIVM en ketenpartners werken we doorlopend aan die innovaties. Dat doen we aan de hand van de ontwikkelagenda bevolkingsonderzoek, die 20 maart aan de Kamer is gestuurd.

Onze voortrekkersrol behouden we onder meer door slim gebruik te maken van kunstmatige intelligentie en screening en het bevolkingsonderzoek. Betere opsporing van tumoren draagt bij aan gezondheidswinst en het voorkomen van intensieve en dure zorg. Daarom treffen we nu in lijn met een advies van de Gezondheidsraad voorbereidingen voor de meerjarige inzet van kunstmatige intelligentie in het bevolkingsonderzoek borstkanker.

"Is de minister bereid voor AI met het bedrijfsleven en zorgpartijen te kijken naar het uitwerken van een concrete agenda om investeringen in AI te stimuleren?" Ik ben in het kader van de aanpak en de kaders in gesprek met het bedrijfsleven en zorgpartijen. Invest-NL draagt ook bij als private KIC-partner, bijvoorbeeld in samenwerking met topsector LSH. Daarnaast ben ik uiteraard bereid naar alles te kijken, dus ook naar publiek-private samenwerking.

De voorzitter:

Een interruptie van mevrouw Van den Hil.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Dank voor de antwoorden. Nog even een concrete vraag op dat laatste punt. Is het mogelijk daar een tijdpad van te krijgen? Hoe zitten we daar nou in? Ik vind het mooi dat ernaar gekeken wordt, maar ik ben altijd van de concrete acties, tijdpaden en de vraag hoe we het gaan bereiken. Dat mis ik een beetje. Het bedrijfsleven is daarin wel heel actief is en wil daarin investeren. Ik vind dat je daar recht aan moet doen. Het bedrijfsleven zit ook niet eindeloos te wachten. Ik denk dat de patiënt er ook beter van wordt.

Minister Agema:

Onlangs heb ik zelf ook met de grote spelers in het veld gesproken. Ik vond het heel bijzonder dat ze voor het eerst ook met elkaar aan tafel zaten. We kennen allemaal de bestuurlijke overleggen, maar hier waren de grote spelers, zoals Microsoft, Google, Meta, aanwezig om gezamenlijk hierover te praten. We nemen hun dus mee in de aanpak en de kaders van AI in de zorg. In Q2 komen we daarmee. Mevrouw Van den Hil wil iets horen over planningen en die kunnen we daar een plek in geven. We nemen de planning mee als onderdeel van de aanpak en de kaders.

De voorzitter:

Dat was het blokje arbeidsmarkt en AI. Dan gaan we nu naar het blokje toegankelijkheid, eigen regie en opt-out, als ik goed geïnformeerd ben.

Minister Agema:

Hier zit ook nog digitale zorg bij, voorzitter.

Mevrouw De Korte vroeg: Moeten burgers straks één keer of telkens opnieuw een opt-out gebruiken voor secundair gebruik bij de EHDS? Burgers hoeven maar één keer hun opt-outrecht uit te oefenen voor secundair gebruik. Als burgers eenmaal hun opt-out

gebruikt hebben, worden gegevens over hen niet beschikbaar gesteld voor secundair gebruik. Ze kunnen dat op eigen initiatief weer intrekken of inzetten.

"Krijgen burgers ook het recht om gegevens te wissen?" Nee. Burgers hebben op grond van de AVG en de Wgbo het recht om te vragen om bepaalde gegevens te vernietigen. Natuurlijk moet de zorgaanbieder daar in beginsel gehoor aan geven, maar in bijzondere situaties kan de zorgaanbieder besluiten dat gegevens niet vernietigd worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om gegevens die noodzakelijk zijn voor goede hulpverlening of om een behandeling te kunnen declareren.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Mooi om te horen dat een opt-out mogelijk is voor secundair gebruik. Maar op dit moment is dat niet zo. Komt daar wetgeving over? Hoe gaat dat geregeld worden? We zien dat nog niet in de komende wetgeving, bijvoorbeeld in de Wet kwaliteitsregistratie zorg.

Minister **Agema**:

Het zit in de EHDS. Een opt-out-functie bij het secundair gebruik is een basisgegeven van de EHDS.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Wij zien dat nog niet in de komende wetgeving. Dus hoe gaat u dat nou regelen? Het staat nog niet beschreven in de Wet kwaliteitsregistratie zorg en ook niet in de verzamelwet.

Minister **Agema**:

Het zit in de tweede tranche van de EHDS.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Dat secundaire gebruik, dat zal, maar ik ben in iets anders meer geïnteresseerd. Er zijn twee aangenomen moties van de Kamer, de motie-Tielen/Van den Hil uit september 2022 en de motie-Paulusma/Tielen uit juni 2023, die voor spoedeisende zorg aangeven een opt-out te maken. Patiënten vragen erom, patiëntfederaties en ziekenhuizen vragen erom, zelfs mijn eigen familie vraagt erom. Hoe ingewikkeld kan het zijn? Bij de tweede tranche EHDS zijn we nog wel even verder. Hoe worden die moties uitgevoerd? Kan dat morgen gebeuren? De minister mag hier ook schriftelijk op terugkomen.

Minister **Agema**:

Als het gaat om de opt-out in de EHDS, zeg ik dat we op dit moment een opt-in in Nederland hebben. Het systeem dat we nu hebben, is opt-in. Er moet eerst gevraagd worden of je gegevens uitgewisseld mogen worden. Zorgverleners hebben dat aan 18 miljoen Nederlanders moeten vragen. Dat was natuurlijk een hele grote exercitie. Maar soms is dat dus niet gebeurd.

De situatie die mevrouw Van den Hil beschrijft, dat het kan gebeuren dat iemand in een opt-out staat terwijl die acute zorg nodig heeft, is onderdeel van het systeem dat we hebben. Waar we naartoe gaan met de EHDS is het systeem van opt-out. Dat betekent dat iedereen erin staat, tenzij je zelf hebt aangegeven een opt-out te willen. Voor de wetgeving die we gaan maken, zijn we nog aan het uitzoeken of we daarin gelaagdheid kunnen aanbrengen, bijvoorbeeld dat we aan mensen die straks het recht krijgen een

opt-out te hebben nog wel kunnen vragen of het wel mag als ze op de spoedeisende hulp worden binnengereden. Mijn gedachte is dat een hoop mensen dat dan alsnog zullen doen.

De heer **Claassen** (PVV):

Aansluitend op het antwoord van de minister maak ik me wel zorgen, want juist bij de paar verzamelwetten die we hebben gehad — ik heb 1 en 2a aangegeven — kijkt mijn fractie naar de proportionaliteit bij het omzeilen of het weghalen van het beroepsgeheim en de regels rondom de AVG. Richting 2b, en zeker wat mijn collega hiernaast ook zei over de Wet kwaliteitsregistratie in de zorg, lijkt die proportionaliteit te gaan verdwijnen. Het duurt nog heel lang voordat de opt-out in de tweede tranche van de EHDS er is, maar ondertussen gaan we hier wel wetten behandelen waardoor het eigenaarschap over je data helemaal verdwijnt. We hebben een discussie of dit in die wet wordt geregeld.

In de Wet kwaliteitsregistratie in de zorg wordt, voor zover wij dat hebben kunnen zien, de zeggenschap over het delen van je data weggehaald. Daarom wijzen we er telkens op dat er een opt-outregeling zou moeten zijn. Als dit dan pas gebeurt in de tweede tranche van de EHDS is dit veel te laat. Hopelijk kan de minister mij geruststellen, maar het wordt dan pas gecorrigeerd. Dat zou een gap zijn die wij niet wensen, als die aan de orde zou zijn.

Minister **Agema**:

Het "wat als" ben ik met de heer Claassen eens. Ik ben in de veronderstelling dat de EHDS waarin die regie wordt geregeld het uitgangspunt is van de daarover voorliggende wetgeving. Daar gaan we dan nog even goed naar kijken. We gaan niet nu iets in wetgeving regelen en het dan over twee jaar weer anders doen.

De heer **Claassen** (PVV):

Dan is het goed om te horen dat de minister die zorgen inderdaad onderkent en dat ze met het ministerie nog een keer goed kijkt naar wat de impact van die wet is, afgezet tegen wat er dan binnen de EHDS geregeld zou moeten zijn. Nu ligt er volgens mij een lacune. Ik hoor een toezegging dat de minister gaat kijken naar die lacune en of dat op de juiste manier geregeld kan worden, in ieder geval in de Wet kwaliteitsregistratie in de zorg.

Minister **Agema**:

We gaan in ieder geval kijken of de lacune die de heer Claassen ziet, er is en hoe we daarmee om moeten gaan als die er is.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Die lacune in de brief zie ik ook. Het lijkt net of er over opt-in is gesproken, terwijl het om opt-out gaat. We zitten hier ook opt-in en opt-out door elkaar te halen. De moraal van het verhaal is, en dat is concreet een vraag, dat er twee aangenomen moties liggen over opt-out en spoedeisende zorg uit september 2022 en juni 2023. De tweede tranche EHDS is echt te laat. Anders wil ik een brief over waarom de moties niet worden uitgevoerd. Ik wil eigenlijk dat dit gewoon morgen wordt uitgevoerd. Dit duurt te lang.

Minister **Agema**:

We hebben besloten die aangenomen moties niet uit te voeren, omdat het om wetgeving

zou gaan die twee jaar van kracht is. Het gaat namelijk om een ander uitgangspunt dan de EHDS. Ik weet niet of dit al eerder in een brief aan de Kamer is gecommuniceerd. Als dit niet zo is, zal ik dat doen.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Daar ga ik dan mijn laatste interruptie aan besteden, want dit is eigenlijk een beetje flauwekul. Ik ben rapporteur voor de EHDS, dus ik zit redelijk in het hele gebeuren. Die moties zijn aangenomen door een ruime meerderheid van de Kamer. Het zorgveld en de patiëntenorganisaties willen dit. Ik vind het onbestaanbaar dat de minister toen ze Kamerlid was moord en brand gilde als moties niet werden uitgevoerd en nu zegt: we gaan dit niet doen. Dit zijn twee aangenomen moties die op brede steun van de Kamer konden rekenen, maar vooral op steun vanuit het zorgveld. Ik wil dat de minister die gaat uitvoeren.

Minister **Agema**:

Ik weet niet of dit besluit al voor mij genomen is. Dat zal. Maar waar het om gaat is dat er, als je wetgeving gaat maken, een of twee jaar overheen gaat en dan implementeren we de EHDS. Dat is het lastige. Wat ook lastig is aan de huidige situatie, is juist dat we in een opt-insituatie zitten. In principe worden de gegevens niet gedeeld, tenzij je toestemming geeft om dat wel te doen. Bij de EHDS wordt dat principe omgedraaid. Dan worden je gegevens in principe wel gedeeld, tenzij je middels de opt-out aangeeft dat niet te willen. Juist in de situaties waarin we nu zien dat er problemen zijn, gaat het om de huidige situatie waarin mensen daarvoor op enig moment toestemming hadden moeten geven. Het niet goed uit kunnen wisselen van gegevens is ook een probleem.

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma met haar allerlaatste interruptie.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik vind het echt onbestaanbaar wat de minister hier nu zegt. Ze neemt ruim de tijd om een enorme analyse en een probleemschets te maken over hoe erg het is dat het allemaal nog niet gelukt is. Ze geeft een enorm pleidooi voor patiënten. Nu ligt er iets heel concreets wat de minister gewoon kan regelen, omdat het op een meerderheid van de Kamer kan rekenen en omdat iedereen uit het zorgveld erachter staat, en gaat de minister zich verschuilen achter iets rondom de EHDS waarmee de minister eigenlijk zegt: "ik ga het voort laten bestaan dat patiënten nog twee jaar lang in gevaarlijke situaties zitten, omdat de opt-out in de spoedzorg niet geregeld is".

Ik vind, en ik kijk ook even naar de collega's om mij heen, dat dit echt niet waar kan zijn. Ik weet niet wat de minister gaat doen, maar ze moet gewoon doen wat de Kamer haar vraagt en zich niet verschuilen achter een proces, waar ik zelf bij betrokken ben, waarover zij zegt dat ze dat niet kan uitvoeren. Deze minister, die staat voor patiënten, moet vandaag in actie komen en die motie uitvoeren.

Minister **Agema**:

Zeker. Mijn basisbeginsel is altijd dat ik moties uitvoer als het allemaal mogelijk is. De motie waar mevrouw Paulusma het over heeft, is van het vorige kabinet. Ik weet niet of de meerderheid waar ze het over heeft, hier ook aanwezig is. Je moet een motie wel kunnen uitvoeren. Het lijkt me niet zinvol om nu een wetgevingstraject van een of twee jaar te starten en dat kort na de invoering de EHDS komt.

De **voorzitter**:

U gaat verder met de beantwoording van nog steeds blokje 3.

Minister **Agema**:

Heel erg belangrijk — dat zei ik net ook — is dat de problemen die mevrouw Paulusma ziet vaak gaan over de gegevensuitwisseling die niet goed is. Eén: mensen hebben geen toestemming gegeven en zijn daarom niet opt-in. Twee: de gegevensuitwisseling is gebrekkig. Die zijn we in 2025, 2026 en 2027 vooral op orde aan het brengen met de Wegiz, de basisgegevensset, het medicatieoverzicht, en het beeldmateriaal. Dat is waarop we inzetten. Dat is dus veel effectiever dan de wens van mevrouw Paulusma. Dat maakt dat de situaties waar zij het over heeft, en die mij zeer aan het hart gaan, de komende periode worden verminderd. Daarom is het ook zo belangrijk dat we vaart maken.

Even kijken wat ik nog meer heb over opt-out. Ik denk dat een aantal vragen van de heer Claassen inmiddels al aan bod zijn geweest. Waarom wordt het woord "eventueel" genoemd bij de opt-out? Is het niet beter om opt-out te gaan? Ik ga voor de opt-out. Ik heb uw Kamer hierover de afgelopen maanden een brief over gestuurd. Ik vind het heel belangrijk dat mensen zelf kunnen kiezen en erop kunnen vertrouwen dat hun keuzes worden gerespecteerd. We studeren nog op het vormgeven van de opt-out en of daarin gelaagdheid kan worden aangebracht.

"Pas in 2031 is het volledig gebruik van EHDS in de burgerrechten geregeld. Waarom duurt dat zo lang?" Voor het regelen van de elektronische uitoefening van burgerrechten die EHDS voorschrijft, moet veel worden gedaan, zowel qua wetgeving als in de praktijk. Daarbij moeten de techniek, de beveiliging en de toegankelijkheid voldoende zijn om de keuzes van de burger te registreren. De rechten hangen samen met de veranderingen in de uitwisseling. Pas als die veranderingen zijn doorgevoerd, kunnen die rechten ook toegepast worden. De EHDS treedt in fases in werking. Dat geldt dus ook voor de burgerrechten. De wetsvoorstellen van de verschillende fases zullen steeds aan uw Kamer worden voorgelegd.

Hoe wordt gezorgd dat burgers bekend zijn met de opt-out en weten dat zij deze optie hebben? De EHDS vereist dat diensten gemakkelijk toegankelijk zijn. Bovendien moeten burgers begrijpelijke en toegankelijke informatie krijgen over hoe ze hun rechten kunnen uitoefenen. Bij de inrichting worden veldpartijen, professionals en patiëntenorganisaties betrokken. Voor de inwerkingtreding zullen we de burgers uiteraard breed informeren.

De heer Claassen vraagt de minister een opt-out te regelen bij de Wet kwaliteitsregistraties. In de EHDS staat dat voor specifieke gegevens in de zorg een opt-out mogelijk is. Bepaalde gegevens kunnen via de Wet kwaliteitsregistraties worden gebruikt voor kwaliteitsregistraties. Ik inventariseer momenteel hoe de Wkkgz samenhangt met de EHDS, en daarmee ook hoe de opt-out uit de EHDS daarin doorwerkt. Daarop kom ik na de zomer terug.

Mevrouw Paulusma had het over het nog toestemming moeten geven in de spoedzorg. Daarover hebben we het zojuist gehad.

Dan kom ik bij de digitale zorg. De VVD vindt dat hybride zorg verplicht of voorliggend

moet worden voor alle chronische en paramedische zorg en vraagt wat daarvoor nodig is. Ik begrijp waar mevrouw Van den Hil het over heeft als het gaat over de meerwaarde van digitale en hybride zorg. Ik noemde zojuist al even het McKinsey-rapport dat erop wijst dat met digitale zorg een besparing van 22 miljard euro mogelijk is. Dat is een enorm bedrag als je het voor ogen houdt. Voor digitale zorg en hybride zorg is samen beslissen het uitgangspunt.

Ik vind het wel heel belangrijk — in een interruptiedebat met de heer Claassen had mevrouw Van den Hil het er ook over — dat een kwart van de mensen niet digitaal vaardig is. We denken daarbij vaak aan ouderen, maar je ziet het in alle leeftijdsgroepen. Het kan best zo zijn dat jongeren de hele dag op hun mobiele telefoon zitten, maar niet digitaal vaardig zijn. Het uitgangspunt is "zelf thuis en dichtbij en digitaal als het kan", tenzij er samen anders over wordt besloten. Met de opmerking die zij maakte over de bekostiging heeft zij een punt. Het kan niet zo zijn dat we in de bekostiging hebben geregeld dat het, als je als zorgverlener een patiënt laat komen, meer oplevert dan wanneer je het digitaal doet. Daarover zijn we in gesprek met de NZa. Ik kom daar later op terug, want dat soort prikkels moet natuurlijk niet mogelijk zijn. Het moet wel een gelijkwaardige situatie zijn.

De voorzitter:

Er is een interruptie van mevrouw Van den Hil.

Minister Agema:

Ik heb wel nog twee, nee drie, vragen van mevrouw Van den Hil. Zal ik die ook nog even eerst doen? Anders verspeelt ze haar interrupties.

De voorzitter:

Ja. De minister.

Minister Agema:

"Hoe wordt hybride zorg meegenomen in de opleidingen?" Het werkveld en de opleidingen bepalen de inhoud van de zorgopleidingen. Regionaal maken zij afspraken over meer hybride zorg in de opleidingen. Samen met het werkveld financier ik de coalitie Digivaardig in de zorg. Zij organiseert activiteiten voor docenten en werkt aan structurele opname in opleidingen. In het IZA is de afspraak gemaakt dat zorgwerkgevers medewerkers opleiden in digitale vaardigheden. Hierin kunnen ze gebruikmaken van subsidies, zoals de Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg, de STOZ, en de Subsidieregeling Strategisch Opleiden medisch specialistische sector.

"Hoe gaat de minister zorgen voor inzicht in en onderzoek naar de invloed van zorg op afstand op zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden?" Verschillende partijen, waaronder Pharos en Alliantie Digitaal Samenleven, bieden inzicht in de kansen en drempels die zorg op afstand kan creëren voor mensen met minder digitale gezondheidsvaardigheden. Het wetenschappelijk onderzoek naar patiëntengegevens via VIPP OPEN onder de Nederlandse huisartsen heeft inzicht gebracht in het effect van online inzage door patiënten. De dossiers worden hier begrijpelijker, completer en actueler door. De Monitor Digitale Zorg volgt het gebruik van de inzet van digitale zorg, onder andere in relatie tot de regie van patiënten en preventie.

Dan heb ik er nog twee van mevrouw Van den Hil, maar die gaan volgens mij niet over digitale zorg. Over concrete antwoorden op de schriftelijke vragen van collega Van den Hil over de tarieven heb ik al wat gezegd.

"Hoe kijkt de minister naar het belonen van digitaal werken?" Mevrouw Van den Hil had het over het omdraaien van de beloning, maar ik vind dat het een gelijkwaardige beloning moet zijn, omdat er toch rekening moet worden gehouden met een grote groep Nederlanders die niet digitaal vaardig is.

Dat waren ze.

De **voorzitter**:

Mevrouw Van den Hil met haar allerlaatste interruptie.

Mevrouw **Van den Hil** (VVD):

Ik waag het erop. Dank, en mooi dat ernaar gekeken wordt. Ik haak nog even aan op het punt "samen beslissen". Ik ben het er helemaal mee eens. Ik denk dat het goed is daarover nog even een verduidelijkende vraag te stellen, ook naar aanleiding van het interruptiedebatje met meneer Claassen. Bij samen beslissen zie je juist dat een patiënt het soms wel wil, maar dat zorgverleners het ingewikkeld vinden, met name ook in de ggz. Daarom vroeg ik of dat niet voorliggend moet zijn. Juist dat samen beslissen is zo belangrijk. De patiënt wordt dan weleens achtergesteld omdat de digitale vergoeding er niet is of omdat het gelijkwaardig is, terwijl de patiënt het heel graag wil. Daar kijk ik naar.

Het kan ook een enorme meerwaarde zijn om even vlug digitaal overleg te hebben. Dat voorkomt wachtlijsten en dat kan iemand weer even op het goede pad zetten. Dus, samen beslissen, helemaal eens, maar dan moet het ook worden omgedraaid: als de patiënt het wil, moet de zorgprofessional daarin meegaan. En de zorgprofessional moet er ook in kunnen meegaan wat de tarieven betreft.

Minister **Agema**:

Zo klinkt het anders dan tijdens de inbreng van mevrouw Van den Hil, maar zij moet ook keuzes maken in de vier minuten die zij heeft. Zij vindt dat bij samen beslissen de patiënt een soort doorzettingsmacht zou moeten hebben. Daar moeten we naar kijken. Ik weet niet hoe we dat precies zouden kunnen regelen of organiseren. Het moet wel gezamenlijk tot stand komen. Ik hoor wat u zegt. Digitalisering en digitale zorg zijn ontzettend belangrijk in de ontwikkeling die we aan het doormaken zijn. Mevrouw Van den Hil zei dat ook al in haar bijdrage. Het is een belangrijke ontwikkeling om te zorgen dat we inderdaad het arbeidsmarkttekort kunnen afwenden. Als je niet iedere keer naar je arts moet, is dat fantastisch.

Ik hoorde gisteren over een innovatie van een matje dat je in een bed kunt leggen, waardoor de bloeddruk en allerlei vitale waarden kunnen worden gemeten zonder dat iemand er nog met toeters en bellen aan de gang hoeft te gaan. Digitale zorg heeft mijn volle aandacht. Daarbij zijn "samen beslissen" en "zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan" van groot belang. Ik ga ernaar kijken hoe er een tandje bij kan, als de patiënt het zelf wil. Ik kom daarop terug, want dat kan ik nu niet overzien. Ik heb haar ook gezegd dat ik met de NZa bezig ben over de tarieven. Ik moet kijken wat hiervan de consequenties zijn en kom erop terug in een brief.

De **voorzitter**:

Dan is daarmee het blokje afgerond en gaan we naar blokje vier als ik goed meetel. Dat is het blokje standaardisatie en gegevensuitwisseling.

Minister **Agema**:

Ja. Mevrouw De Korte vroeg op welke manier huidige systemen aansluiten op de EHDS. De EHDS vereist dat burgers en zorgverleners toegang krijgen tot hun gegevens. Om de toegang tot gegevens mogelijk te maken, zorgen we dat systemen aan elkaar verbonden worden. Dat gebeurt vanuit het principe dat de data bij de bron blijven. Alle gegevens blijven bij de zorgaanbieder opgeslagen.

"Worden zorgprofessionals en bedrijven betrokken bij de implementatie van de EHDS?"

Ja, natuurlijk. Ik vind het belangrijk dat zorgprofessionals en het zorgveld worden betrokken bij de implementatie van de EHDS. Een goede uitwerking van de EHDS kan alleen maar als we het zorgveld erbij betrekken.

Mevrouw De Korte vroeg hoe de minister voorkomt dat bsn-nummers in de brondata zitten van datasets voor secundair gebruik. "Hoe voorkomt zij dat andere gevoelige data zoals het adres aan secundaire gebruikers, zoals onderzoeksinstituten, worden verstrekt?" Het bsn mag niet worden gebruikt voor secundair datagebruik. Voor secundair datagebruik wordt gewerkt met gepseudonimiseerde of geanonimiseerde gegevens. Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat deze gegevens veilig zijn en dat hun privacy geborgd is. Dit wordt geborgd door de bestaande regelgeving zoals de AVG. De Autoriteit Persoonsgegevens houdt toezicht op de toepassing van deze regels in de praktijk.

Mevrouw De Korte zei dat we in de huidige strategie te veel versnippering zien tussen projecten, systemen en verantwoordelijkheden. Hoe gaat de minister dit concreet oplossen? Komt er een onafhankelijke landelijke uitvoeringsautoriteit? De afgelopen jaren wordt al hard gewerkt om meer regie te nemen. Het zorgveld vraagt mij daar ook om. In de nationale visie en strategie wordt beschreven hoe ik dat wil bereiken. Verder zie ik de komst van de EHDS als steun in de rug van ons beleid. Ik ben momenteel de mogelijkheid aan het onderzoeken om de EHDS-taken voor primaire gegevensuitwisseling en secundair datagebruik bij één publieke organisatie te beleggen. Dit bevordert efficiënte en effectieve centrale regie op de ontwikkeling van het gezondheidsinformatiestelsel.

De heer Claassen vraagt hoe de minister voorkomt dat leveranciers en grote dataverwerkers zoals Google en Amazon via de EHDS gezondheidsdata ongehinderd kunnen vercommercialiseren. Het puur commercialiseren van gezondheidsdata via een vergunning van de Health Data Acces Body mag niet. Datahouders kunnen een kostendekkend tarief vragen voor hun data, maar mogen daar geen winst op maken. Het gebruik van gegevens via de EHDS mag alleen in het algemeen publiek belang zijn. De Health Data Acces Body toetst dit op basis van strikte voorwaarden aan de voorkant zodat dit niet aan de orde is.

"Wat is de financiële impact van de EHDS op het zorgveld? Hoe gaat de minister dit financieren?" Eind 2022 is een financiële impactanalyse met de Kamer gedeeld. Deze financiële impactanalyse was gebaseerd op het EHDS-voorstel van de Europese

Commissie. Ik laat momenteel een update uitvoeren op deze impactanalyse op basis van de EHDS die op 26 maart in werking is getreden. Zodra deze update is uitgevoerd en ik het eindrapport heb ontvangen, zal ik die met de Kamer delen. Ik verwacht dit voor de zomer van dit jaar te kunnen doen.

"Kan de minister toezeggen dat de zorgpremie wordt ontzien bij de EHDS-implementatie?" Ik wacht op de financiële update van de impactanalyse zoals ik net al zei — die verwacht ik van de zomer — en dan kan ik zien hoe ik daarmee omga. Ik kan nu geen toezegging doen of er helderheid over geven.

"Hoe verhoudt de EHDS zich tot de Wet kwaliteitsregistratie in de zorg?" Die heb ik net al behandeld.

"Is het mogelijk om de NEN 7522 wettelijk te gaan verplichten?" De NEN 7522 beschrijft welke rollen belangrijk zijn bij het beheer van standaarden en het stelsel van standaarden. Hierin wordt ook beschreven welke taken daarbij relevant zijn. In deze norm wordt niet-normerend opgeschreven dat deze taken ingevuld moeten worden. Daarom kan deze niet verplicht worden in de huidige vorm. Wel werk ik samen met Nictiz en het veld om dit stelsel en de verantwoordelijkheden verder uit te breiden.

"Hoe zorgt de minister ervoor dat de transparantie over secundair datagebruik wordt gewaarborgd zoals staat in overweging 66 uit de EHDS?" U heeft hem goed en zorgvuldig gelezen. Ik vind het belangrijk dat burgers meer inzicht krijgen in het secundair gebruik van hun gegevens. De EHDS vereist dat bij secundair gebruik via een Health Data Acces Body voor burgers gemakkelijk te doorzoeken informatie beschikbaar komt in een portaal over het gebruik, de rechten, de waarborg en de uitkomsten. Met de implementatie van de EHDS ga ik dit realiseren. Dit was de heer Claassen.

Dan ga ik naar de heer Krul. "Hoe kijkt de minister naar de suggestie van zorgverzekeraars om gebruik van open standaarden door ICT-leveranciers verplicht te stellen?" Ik onderschrijf het gebruik van open en waar mogelijk internationale standaarden. Met de implementatie van de EHDS moeten leveranciers van epd-systemen ervoor zorgen dat gegevens op een interoperabele en gestructureerde wijze worden uitgewisseld. Ik ga onderzoeken of en hoe wetgeving kan worden ingezet om mogelijk technische verplichtingen op te leggen aan leveranciers.

Mevrouw Paulusma vraagt hoe we voorkomen dat patiënten die van het verpleeghuis naar het ziekenhuis worden verplaatst, overlijden vanwege een gebrek aan informatie over de medische voorgeschiedenis. Ze zei dat ze voor de begroting 2022 een amendement heeft ingediend over betere medicatieoverdracht. Ze begrijpt uit het veld dat er veel meer nodig is en vraagt of de minister kan aangeven hoe ze dit signaal oppakt. Ik vind het belangrijk dat alle zorgverleners en patiënten zo snel mogelijk de beschikking krijgen over een compleet en actueel elektronisch medicatieoverzicht. Het is complex, maar ik wil benadrukken dat hier hard aan wordt gewerkt. De medicatieoverdracht is onderdeel van "de basis op orde" in het kade van de Wegiz, die wij in 2025, 2026 en 2027 uitvoeren. Eind 2025 verwacht ik de eerste resultaten van de implementatie in de zogenaamde kickstartregio's Rijnmond en Friesland. Ondertussen werk ik aan de verdere opschaling, te beginnen met de huisartsen, apothekers en ziekenhuizen.

Mevrouw Rijkers-Oosterkamp vraagt of ik kan toezeggen om de regie en druk op andere tijdelijke oplossingen en pilots vanuit de regio op korte termijn landelijk in te zetten. Samen met betrokken partijen zijn wij bezig om voor meerdere tijdelijke oplossingen en pilots tot implementatie over te gaan. Een voorbeeld is de tijdelijke oplossing landelijke beeldbeschikbaarheid. Ik doe er alles aan om deze oplossing binnen de looptijd van het IZA te realiseren.

Dat was het.

De voorzitter:

Dank u wel. Dat was blokje vier. Dan gaan we als het goed is nu door met blokje vijf: infrastructuur.

Minister Agema:

Even kijken.

De voorzitter:

O, ik stel voor om even de beentjes te strekken en vijf minuten te schorsen. Ik schors tot 12.25 uur.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen de vergadering. Het vijfde blokje is aan bod en gaat over infrastructuur. Ik geef het woord aan de minister.

Minister Agema:

De heer Claassen vroeg: gaat de implementatie van het Landelijk Register Zorgaanbieders ervoor zorgen dat domeinnamen goed beveiligd zijn en wat doet de overheid eraan om zorgaanbieders te ondersteunen bij een goede implementatie hiervan? Het Landelijk Register Zorgaanbieders wordt de vindplaats waar zorgaanbieders vermelden waar hun digitale adressen te vinden zijn. Alleen zorgsystemen die voldoen aan de geldende beveiligingseisen binnen het stelsel kunnen vervolgens deze specifieke adressen achterhalen. Vanuit mijn ministerie worden de zorgaanbieders bij de implementatie ondersteund bij de koppelingen met het Landelijk Register Zorgaanbieders en door het koppelen en standaardiseren van de andere achterliggende adresboeken.

"De epd's kunnen niet altijd met elkaar communiceren, omdat zorgsystemen hun eigen systemen hebben met hun eigen leveranciers. Met welke oplossingen komt het kabinet om ervoor te zorgen dat ICT-systemen aansluiten en op welke termijn?" De versnippering van verschillende systemen en leveranciers is inderdaad hét grote probleem, vooral omdat deze systemen dus niet met elkaar gegevens kunnen uitwisselen. Ik wil met urgentie de basis op orde brengen. Dat betekent dat ik deze twee jaar de zorgsystemen voor zorgaanbieders met elkaar ga verbinden. Dit ga ik doen door het maken van technische afspraken en standaarden waardoor leveranciers wel met elkaar kunnen communiceren, zodat er een landelijk wegennetwerk ligt waarover de gezondheidsgegevens kunnen stromen.

De heer Bushoff had het over de verplichting tot dataopenheid, zodat bijvoorbeeld

overstappen makkelijker is tussen leveranciers. Hij vroeg: ziet de minister dat ook? Hij had het over het creëren van een gezondere markt waarin er geen sprake is van een monopoliepositie en dat dat nu wel het geval is. Het gebrek aan dataopenheid vind ik onwenselijk. Onlangs heeft de Autoriteit Consument & Markt mij geadviseerd om de dataopenheid wettelijk af te dwingen door technische eisen te stellen aan zorginformatiesystemen door gebruik te maken van artikel 1.5 van de Wegiz. Ik ga onderzoeken of en hoe de wetgeving kan worden ingezet om mogelijke technische verplichtingen op te leggen aan leveranciers.

De heer **Krul** (CDA):

Ik wil even een vraag stellen voor de praktijk. Ik heb de minister nu drie keer horen zeggen dat ze iets gaat onderzoeken. Ze had het over de open normen en taken onderbrengen bij een publieke organisatie. Nu heeft ze het weer over een onderzoek. Het zou fijn zijn als we meteen horen wanneer verwacht wordt dat die onderzoeken worden afgerond.

Minister **Agema**:

Ik kom daar in het derde kwartaal op terug. Als het kan, ga ik het ook doen. Alles waarvan de uitkomst "dat kan" is, ga ik natuurlijk ook doen. Dat wil ik bij dezen zeggen.

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

Ik zoek nog wel een beetje naar wat de minister dan precies gaat onderzoeken. Als de minister namelijk zegt "ik vind het onwenselijk en ik vind dat het de standaard moet worden", gaat de minister dan bekijken hoe dat in wetgeving geregeld moet worden? Gaat ze dat doen? Gaat ze dus het wetgevingsproces daarin voorbereiden? Of gaat ze nog onderzoeken of ze het überhaupt wenselijk vindt? Dat is mij niet duidelijk. Zegt de minister nu: "Ik wil in het derde kwartaal met misschien wel regelgeving en beleid komen om dit te gaan regelen. Dat stel ik hier voor." Wat voor onderzoek bedoelt de minister?

Minister **Agema**:

Als het kan, dan doe ik het. Dan kom ik ook meteen op het antwoord op de vraag "hoe?". Dan ga ik het doen. Ik ga dan dus niet nog een keertje nadenken over of ik het wel wil. Ja, ik wil het. Ik merk dat ook vanuit de Kamer. Dat gaan we dus ondernemen. In het derde kwartaal weten we ook meer over het hoe en wat.

De heer **Claassen** (PVV):

Dit is volgens mij mijn laatste interruptie. Klopt dat?

De **voorzitter**:

Nee, u heeft er nog twee.

De heer **Claassen** (PVV):

Kijk, dat is mooi. Ik wil even terugkomen op het antwoord op mijn vraag over het LRZa en over de open source. Die kun je natuurlijk met elkaar verbinden. Dan is de vraag: is dit bij CumuluZ een onderwerp van gesprek en is het ook een vereiste voor de mensen die meedoen in CumuluZ dat zij die kant op moeten? Je zou al zo'n soort verplichting en eis kunnen opleggen aan dat samenwerkingsverband.

Minister **Agema**:

Het antwoord is ja en het is ook een onderdeel van het verkrijgen van subsidie.

De vraag van mevrouw Paulusma gaat over 2030. Ik heb aan het begin van mijn bijdrage gezegd dat we de Wegiz-uitrol in 2025, 2026 en 2027 ondernemen. Het allergrootste deel van deze exercitie is de Basisgegevensset Zorg, de medicatieoverdracht, de acute zorg en de beeldbeschikbaarheid. Dat gebeurt allemaal in 2025, 2026 en 2027. Het gebeurt dus niet pas helemaal achteraan, maar vooraan in het traject waar we mee bezig zijn.

Dan ga ik naar de informatiebeveiliging en gegevensbescherming. Dit kopje is volgens mij speciaal voor mevrouw De Korte. "Hoe gaat de minister actie ondernemen zodat alle zorgorganisaties binnen twee jaar voldoen aan de NEN 7510?" Daar moeten ze al aan voldoen. Dat is wettelijk verplicht. Natuurlijk vind ik het zorgelijk dat de naleving van de NEN 7510 te wensen overlaat. Daarom versterk ik ook het toezicht door de IGJ. Ook zet ik in op bewustzijn bij zorgprofessionals met het programma Informatieveilig gedrag in de zorg, en met de ontwikkeling van gratis praktische hulpmiddelen voor de implementatie.

"Kan de minister toezeggen dat zij direct aan de slag gaat met de integratie van technologieën zoals PET en MPC en de doelbinding in de digitale infrastructuur?" VWS leert van technologie in de praktijk en kijkt samen met het veld waar er mogelijkheden zijn om risico's te verkleinen. Ik heb het inderdaad over de privacy-enhancing technologies die het mogelijk maken om onderzoek te doen zonder de data daadwerkelijk te delen. De multi-party computation is ook een van de technieken. Dus ja, we zijn al met deze technologieën aan de slag.

"Kan de minister met een plan van aanpak komen voor de versleuteling van data op een quantumveilige manier, eventueel in samenwerking met de staatssecretaris Digitalisering?" Ik kom hierop in het derde kwartaal terug met een reactie in een Kamerbrief.

Ziet de minister een mogelijkheid om een vergelijkbare aanpak, zoals de testen bij banken, in te zetten in het zorgstelsel? Z-CERT, het expertisecentrum voor cybersecurity in de zorg, ondersteunt een beperkt aantal zorginstellingen bij het doen van ethische hacktesten. Dit doen zij op basis van een kader dat in samenwerking met De Nederlandsche Bank en CIO Rijk is opgesteld. Ik verken mogelijkheden voor het uitbreiden en het periodiek herhalen van deze testen, maar ik wil ook de verwachtingen temperen. Het testen van twintig banken is iets anders dan 60.000 zorgaanbieders.

Mevrouw **De Korte** (NSC):

Dank aan de minister voor de antwoorden, maar het antwoord over de cyberbeveiliging ten aanzien van de nieuwste technieken, zoals PET en MPC, en het daaraan koppelen van de doelbinding, vind ik onvoldoende. De minister zegt dat ze ermee bezig is, maar de rondetafelexperts hebben gezegd dat dit echt nodig is, zeker vanuit het secundaire gebruik. Ik verwacht dus meer dan "we gaan ernaar kijken". Ik verwacht dat dit de eis gaat worden.

Minister **Agema**:

Maar dat antwoord gaf ik ook. Ik zei niet "ik ga ernaar kijken". Ik zei "VWS is ermee bezig" en "met deze technologieën zijn we aan de slag". We experimenteren daarmee en ik kan u op de hoogte houden van de vorderingen.

Mevrouw Van den Hil vroeg: is de minister het met de VVD eens dat zorginstellingen dezelfde veiligheidschecks moeten doen als banken bij internetbankieren? Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het op orde hebben van de informatieveiligheid. Ze moeten hiervoor voldoen aan de NEN-normen. Ik ondersteun hierbij op verschillende manieren. Ik verken de mogelijkheden voor het periodiek uitvoeren van cyberweerbaarheidstoetsen bij zorginstellingen. Ik ontwikkel gratis praktische hulpmiddelen bij de implementatie van de NEN. Ook versterk ik het toezicht door de IGJ.

De heer Claassen vroeg: hoe wordt ervoor gezorgd dat zorginstellingen hun verantwoordelijkheid nemen, zodat gegevens van cliënten niet op straat belanden? Goede informatiebeveiliging in de zorg is ontzettend belangrijk. De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk om dit goed te regelen. Maar écht zorgen voor cybersecurity doe je samen in een netwerk of in een keten. Ik ondersteun het zorgveld hierbij door het bewustzijn en de kennis over informatieveiligheid te verhogen, door normen te stellen voor het beveiligen van systemen met passende wet- en regelgeving zoals de Cyberbeveiligingswet, waar de IGJ op toeziet, en door het expertisecentrum Z-CERT in staat te stellen incidenten te blussen en schade te beperken.

Recent bleek dat veel zorginstellingen de internetadressen niet op orde hebben en domeinnamen niet goed beveiligd hebben.

De heer **Claassen** (PVV):

Ik doe deze interruptie aan de hand van een casus. Ik ben benieuwd hoe de minister het volgende ziet. Ruim een halfjaar geleden kreeg ik een mailtje van een grote zorgleverancier over gelekte naw-gegevens. Ik heb het over een zorginstantie die in heel Nederland zit. Het ging om duizenden cliënten. De naw-gegevens waren gelekt. De medische gegevens dus niet, maar wel de naw-gegevens. De zorgverlener gaf aan: houd zelf goed in de gaten of er verdachte declaraties zijn via uw zorgverzekering. Ik wil het volgende aan de minister vragen. Als de zorginstanties zelf ook een grote verantwoordelijkheid hebben, dan zou dat toch niet in de schoenen van de zorgvrager geschoven moeten worden? Kan het dan niet zodanig geregeld worden dat niet ik dat in de gaten moet gaan houden, maar dat het de zorgplicht van de zorgaanbieder is en dat zij dit gaan afdichten bij zo'n zorgverzekeraar? Het zal namelijk in toenemende mate — hopelijk niet, maar het kan dus wel gebeuren — voorkomen dat de zorgvrager actie moet gaan ondernemen richting de zorgverzekeraar om fraude tegen te gaan. Dat zou toch een plicht moeten zijn die bij de zorgverlener zou moeten liggen?

Minister **Agema**:

Ik ga heel even kijken of we de vraag nu kunnen beantwoorden. Ik kom er toch even in de tweede termijn op terug.

De heer Bushoff gaf aan dat zorgaanbieders niet worden beschermd zoals de aanbieders van andere sectoren, zoals de telecommunicatie. Zijn vraag was: ziet de minister het risico voor de zorg en vindt de minister dat soortgelijke beschermingsmaatregelen moeten worden opgenomen? Ja, ik zie dit risico ook en ik vind het daarom van belang voor de sector om beschermingsmaatregelen te treffen. Dit doe ik samen met mijn collega van Justitie en Veiligheid in Nederland door de Europese Critical Entities Resilience-richtlijn om te zetten in de Wet weerbaarheid kritieke

entiteiten, oftewel de Wwke. Die is van toepassing op essentiële en vitale processen.

Onder de processen en diensten die nu de vitale infrastructuur vormen, valt ook telecommunicatie, maar de Nederlandse zorg was tot op heden geen onderdeel van de vitale infrastructuur. Met de inwerkingtreding van de Wet weerbaarheid kritieke entiteiten gaat de sector gezondheidszorg er ook onder vallen. Als minister zal ik organisaties in de zorg aanwijzen waarna deze als essentieel worden beschouwd. Na aanwijzing moeten deze organisaties zich voorbereiden op alle mogelijke rampen, crisissen en aanvallen op de digitale infrastructuur.

"De overheid kan in de sector digitale infrastructuren van ziekenhuizen geen voorwaarden verbinden aan fusies en overnames, of dit tegenhouden. Is de minister bereid hier verandering aan te brengen?" Ik onderschrijf de noodzaak om door de huidige geopolitieke situatie kritisch te kijken naar risico's, gezien het feit dat zorgaanbieders, zoals ziekenhuizen, in grote mate afhankelijk zijn van enkele grote ICT-leveranciers. De Wet veiligheidstoets investeringen, fusies en overnames, oftewel de Wet vifo, is gericht op het voorkomen van vijandige investeringen, fusies en overnames. Deze wet wordt herzien. De digitale infrastructuur van de zorg gaat in de toekomst onder deze wet vallen.

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

Dit is volgens mij mijn laatste interruptie. Het is goed dat de minister zegt dat ze deze risico's ook ziet, want het is helder dat we wat dat betreft op dezelfde pagina zitten. Tegelijkertijd vraagt dat ook om er iets aan te doen. Ten dele hoor ik de minister zeggen: daar zijn we mee bezig. Wat betreft dat laatste punt over de vifo, oftewel de veiligheidstoets investeringen, fusies en overnames, ben ik benieuwd wanneer we de digitale infrastructuur in de zorg daaronder laten vallen. Kan de minister daar al iets over aangeven?

Minister **Agema**:

Zodra de Wet weerbaarheid in werking treedt, gaat de Wet veiligheidstoets investeringen eronder vallen. Die is van EZ. Ik heb het dus over de vifo.

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

Dat snap ik, maar daarmee is het toch niet per se geregeld dat de digitale infrastructuur van de zorg daar ook onder valt? Of is dat wel zo?

Minister **Agema**:

[Wegens een ontbrekende geluidsregistratie is een deel van de uitgesproken tekst niet beschikbaar.]

De **voorzitter**:

[Wegens een ontbrekende geluidsregistratie is een deel van de uitgesproken tekst niet beschikbaar.]

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De **voorzitter**:

[Wegens een ontbrekende geluidsregistratie is een deel van de uitgesproken tekst niet beschikbaar.]

Minister **Agema**:

[Wegens een ontbrekende geluidsregistratie is een deel van de uitgesproken tekst niet beschikbaar.]

Eind dit jaar, begin volgend jaar. EZ heeft het voortouw.

De **voorzitter**:

Het systeem werkt nog niet goed, want mijn microfoon gaat nu niet uit.

Minister **Agema**:

Ik heb nog één blokje, voorzitter. We hebben natuurlijk ook nog een tweede termijn.

De **voorzitter**:

Ik schors de vergadering enkele ogenblikken, want de microfoons werken nog niet goed.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

[Als gevolg van de storing met de microfoons is het verslag van het commissiedebat Digitale ontwikkelingen in de zorg in twee delen beschikbaar. Het tweede deel is te vinden onder de naam "Digitale ontwikkelingen in de zorg (voortzetting)".]