

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 16 juli 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 21 mei 2026 overleg gevoerd met mevrouw Sterk, minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport, over:

- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 mei 2025 inzake Monitor Digitale Zorg 2024 (Kamerstuk 27529, nr. 335);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juni 2025 inzake standen van de uitvoering op het VWS-domein 2025 (Kamerstuk 29362, nr. 379);
- de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 17 juni 2025 inzake voortgang digitalisering van de zorg in Caribisch Nederland 2025 (Kamerstuk 27529, nr. 337);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 11 augustus 2025 inzake datalek bij laboratorium bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (Kamerstuk 32761, nr. 327);
- de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 29 augustus 2025 inzake hack bij laboratorium bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (Kamerstuk 32761, nr. 329);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 3 juli 2025 inzake veldbevraging: naar maximaal 20% administratietijd in de zorg (Kamerstuk 29515, nr. 497);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 1 juli 2025 inzake planning en voortgang Algoritmeregister impactvolle algoritmen (Kamerstuk 26643, nr. 1359);
- de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 1 september 2025 inzake hack bij laboratorium bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (Kamerstuk 32761, nr. 330);

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

- de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 9 september 2025 inzake bestuurlijke reactie op AclICT-advies over programma Doorontwikkeling Praeventis van het RIVM (Kamerstuk 27529, nr. 347);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 september 2025 inzake reactie op verzoek commissie over de uitkomsten van het gesprek met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) over databeveiliging, alsmede over de checks bij de twee laboratoria die momenteel werkzaamheden uitvoeren voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (Kamerstuk 32761, nr. 333);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 oktober 2025 inzake inzet op realisatie AI in de zorg (Kamerstuk 27529, nr. 350);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 oktober 2025 inzake Informatieplan VWS 2025-2027 (Kamerstuk 27529, nr. 351);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 november 2025 inzake update financiële impactanalyse EHDS (Kamerstuk 27529, nr. 352);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 december 2025 inzake informatieveiligheid in de zorg (Kamerstuk 27529, nr. 353);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 januari 2026 inzake stand van zaken van de implementatie European Health Data Space (Kamerstuk 27529, nr. 356);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 20 januari 2026 inzake voortgang agenda databeschikbaarheid in de zorg (Kamerstuk 27529, nr. 355);
- de brief van de staatssecretaris Jeugd, Preventie en Sport d.d. 5 februari 2026 inzake stand van zaken datahack bij laboratorium bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (Kamerstuk 32761, nr. 334);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 19 februari 2026 inzake beleidskeuze standaardisatie gegevensuitwisseling in de zorg (Kamerstuk 27529, nr. 358);
- de brief van de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport d.d. 21 april 2026 inzake hack bij het bedrijf ChipSoft (Kamerstuk 32761, nr. 337);

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

- de brief van de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport d.d. 11 mei 2026 inzake antwoorden op vragen commissie over informatieveiligheid in de zorg (Kamerstuk 27529, nr. 353) (Kamerstuk 27529, nr. 359);
- de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 mei 2026 inzake toezending briefrapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) over het onderzoek naar datahack bij laboratorium bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (Kamerstuk 32761, nr. 338).

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

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

De griffier van de commissie,
Esmeijer

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Voorzitter: Mohandis

Griffier: Sjerp

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Bushoff, Claassen, Coenradie, Van Houwelingen, Krul, Maeijer, Mohandis, Vervuurt, Wendel en Wiersma,

en mevrouw Sterk, minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport.

Aanvang 13.01 uur.

De voorzitter:

Ik open de vergadering van het commissiedebat Digitale ontwikkelingen in de zorg. Ik heet u allen van harte welkom, ook eenieder die dit debat op afstand volgt via het scherm. Ik heet ook alle Kamerleden en de minister van harte welkom. Ik geef eerst even aan welke fracties aanwezig zijn bij dit debat en straks allemaal vier minuten spreektijd zullen krijgen: mevrouw Wiersma van de BBB, mevrouw Wendel van de VVD, mevrouw Coenradie van JA21, de heer Claassen van de Groep Markuszower, de heer Krul van het CDA, mevrouw Maeijer van de PVV en de heer Vervuurt namens D66. Ik zal proberen dit debat voor te zitten. De eindtijd is heilig. Het zou zomaar kunnen dat het debat iets eerder is afgelopen; we zullen het meemaken. Mevrouw Wiersma, uw vier minuten gaan in.

Mevrouw **Wiersma** (BBB):

Dank, voorzitter. Digitalisering in de zorg is geen doel op zich, want uiteindelijk moet het voor patiënten en zorgverleners gewoon beter gaan werken in de praktijk; minder gedoe, minder administratie en meer tijd voor echte zorg. Een betere gegevensuitwisseling biedt kansen, zeker in de regio, waar patiënten vaak met meerdere zorgverleners te maken hebben: de huisarts, het streekziekenhuis, de thuiszorg, een specialist verderop of een verpleeghuis. Dan is het wel belangrijk dat gegevens veilig, snel en goed beschikbaar zijn. Als systemen niet goed samenwerken, leidt dat tot dubbel onderzoek, extra administratieve lasten, frustratie bij zorgverleners en soms zelfs ook tot risico's voor patiënten. Tegelijkertijd zijn er ook zorgen over de uitvoerbaarheid, de wirwar aan

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

systemen en de afhankelijkheid van grote ICT-partijen. De belangrijkste vraag blijft: helpt dit de zorgverlener en de patiënt in de praktijk echt verder?

Digitalisering moet ondersteunend zijn aan het werk van artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners. Niet nog een extra scherm en nog meer registraties of nog meer vinkjes. Ik heb dan ook een aantal vragen aan de minister. Hoe wordt voorkomen dat kleinere zorgaanbieders en regionale instellingen straks vastlopen in ingewikkelde implementaties en daarmee gepaard gaande hoge ICT-kosten? Grote ziekenhuizen hebben vaak nog wel de capaciteit en expertise in huis, maar dat geldt niet voor elke zorgorganisatie. Hoe zorgt de minister ervoor dat landelijke standaarden ook echt praktisch werkbaar worden op de werkvloer? We zien namelijk vaak dat systemen in theorie goed bedacht zijn, maar in de praktijk uiteindelijk toch weer extra werk en minder tijd voor de patiënt opleveren.

Bij databeschikbaarheid en het delen van gegevens binnen de Europese gezondheidsdataruimte is het belangrijk dat mensen wel zelf grip houden op hun data. Een duidelijke en eenvoudige opt-outregeling lijkt daarbij verstandig. Als mensen straks voor allerlei losse onderdelen apart toestemming moeten geven, ontstaat al snel een onwerkbaar situatie waarin het overzicht uiteindelijk ontbreekt. Hoe kijkt de minister daarnaar? Tegelijkertijd vraagt dit wel om vertrouwen. Mensen moeten erop kunnen rekenen dat medische gegevens veilig zijn. Cyberaanvallen, datalekken en hackers laten zien hoe kwetsbaar systemen soms zijn. Kan de minister aangeven hoe wordt voorkomen dat zorginstellingen steeds verder digitaliseren zonder dat de digitale weerbaarheid hierin voldoende meegroeit? Hoe worden kleinere zorgaanbieders daarbij ondersteund? Cybersecurity mag geen sluitpost zijn in de digitalisering van de zorg. Maar andersom mag angst voor risico's ook niet betekenen dat noodzakelijke verbeteringen eindeloos worden uitgesteld. Daarin moet een balans zijn.

Verder zijn er veel plannen, programma's, overlegtafels en pilots in het kader van EHDS en Wegiz, de Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, maar de vraag is wat de zorgverlener daarvan concreet gaat merken. Hoe gaat deze minister ervoor zorgen dat succesvolle toepassingen juist sneller worden opgeschaald, in plaats van dat goede initiatieven lang blijven hangen in proefprojecten?

Tot slot, voorzitter. Digitalisering mag nooit het menselijke aspect van zorg verdringen. Sterker nog, digitalisering zou moeten bijdragen aan meer tijd en ruimte voor persoonlijk intermenselijk contact tussen zorgverlener en patiënt. Daarnaast is niet iedere patiënt

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

digitaal vaardig. Niet iedere oudere kan goed omgaan met apps of portalen. Geen enkele zorgverlener wil tijdens een gesprek naar een beeldscherm kijken in plaats van naar de patiënt. Technologie moet de zorg menselijker en werkbaarder maken en niet afstandelijker of ingewikkelder.

Dank u wel.

De voorzitter:

Voordat ik het woord geef aan mevrouw Wendel, is het denk ik goed om even te zeggen dat er drie interrupties zijn in de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Het kan zijn dat er Kamerleden zijn die dit debat met andere activiteiten in dit huis moeten combineren, dus dat er wat verloop is. Ook aangeschoven zijn de heer Bushoff namens GroenLinks-Partij van de Arbeid en de heer Van Houwelingen namens Forum voor Democratie.

Mevrouw Wendel, aan u het woord.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Dank, voorzitter. Naar digitale ontwikkelingen in de zorg kunt op twee manieren kijken. Zullen digitale ontwikkelingen ervoor zorgen dat u straks een arts alleen nog spreekt via een beeldscherm? Gaat AI u straks vertellen of u ziek bent of niet? Wordt u straks alleen nog geholpen door een robot? Ik begrijp heel goed dat als mensen horen over digitale ontwikkelingen in de zorg, zij kunnen denken: oei, wat betekent dat dan voor mij? Daarom is het denk ik zo belangrijk dat wij hier vandaag met elkaar weer het gesprek voeren over welke rol wij met elkaar voor digitalisering in zorg zien weggelegd. Wat de VVD betreft ziet het er namelijk heel anders uit dan het beeld dat ik zojuist beschreef. De VVD ziet digitale ontwikkelingen als grote kans om de zorg juist toekomstbestendig te maken, als kans om zorgprofessionals te ontlasten zodat ze meer tijd hebben om er echt voor de patiënt te zijn. Als digitale hulpmiddelen ervoor kunnen zorgen dat bepaald werk sneller kan worden gedaan, dan ontstaat er tijd voor de zorgverlener om aan de patiënt te vragen hoe het echt met diegene gaat en om dan ook echt te luisteren naar het antwoord in plaats van dan alweer doorgerend te zijn naar een volgende patiënt. In een tijd van dubbele vergrijzing is de werkdruk van zorgverleners een enorme uitdaging waar we hier met elkaar voor staan.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Laat ik duidelijk zijn: de VVD wil dus niet de zorgverlener vervangen, maar juist ontlasten. Daarom wil ik een aantal punten meegeven aan de minister vandaag. Ten eerste. Gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen moet beter geautomatiseerd worden. Dat is goed voor de kwaliteit van zorg en zorgt ervoor dat zorgverleners minder tijd kwijt zijn aan administratie. De VVD pleit al jaren, met een aantal andere partijen, voor een opt-out in de acute zorg en de spoedeisende hulp. Dat betekent dat zorginstanties informatie mogen uitwisselen tenzij de patiënt actief aangeeft dit niet te willen. De ambtsvoorganger van de minister heeft aangegeven hiermee aan de slag te willen gaan, maar ik heb nog geen voorstel gezien van de minister. Daarnaast pleiten we voor interoperabiliteit. Dat betekent dat leveranciers van elektronische patiëntendossiers ervoor moeten zorgen dat gegevens tussen verschillende epd's kunnen worden uitgewisseld. Wat is de stand van zaken van deze opt-out en van deze verplichting tot interoperabiliteit, vraag ik aan de minister.

Daarnaast pleit de VVD voor eenheid van taal. Als alle zorgverleners dezelfde terminologie gebruiken, wordt gegevensuitwisseling immers veel efficiënter. We hebben afgesproken dat we naar SNOMED CT toewerken, een zeer breed gedragen veldnorm. Wat is de stand van zaken hiervan?

Ten derde moeten we digitale hulpmiddelen voor zorgverleners doorontwikkelen. Er zijn al verschillende hulpmiddelen die zorgverleners ontlasten, zoals spraakcomputers, matten die registreren wanneer een patiënt wakker wordt of AI bij vroege opsporing van kanker. Uit de Monitor Digitale Zorg 2024 blijkt dat zorgverleners niet razend enthousiast zijn over de invloed van digitale zorgtoepassing op werkdruk en werkplezier en ook niet op de organiseerbaarheid van zorg. Tegelijkertijd zien zorgverleners zeker wel ruimte om meer zorgprocessen digitaal aan te bieden. Hoe kan het dat zorgverleners hier toch relatief weinig enthousiast over zijn? Worden deze hulpmiddelen dan wel op de juiste manier ingezet en worden zorgverleners ook voldoende ondersteund bij de implementatie daarvan?

Als we digitale ontwikkelingen in de zorg als grote kans zien, dan moeten we ook zorgen voor goede informatiebeveiliging. In de afgelopen periode zijn er verschillende datalekken geweest. Denk aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker en ChipSoft. Het lijkt erop dat de NEN 7510-norm niet wordt nageleefd of niet in staat is om de benodigde veiligheid te waarborgen. Een aantal vragen aan de minister. De NEN 7510-norm wordt slecht nageleefd door zorgorganisaties. Ook bij de hack van het

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

bevolkingsonderzoek bleek dat daar niet aan was voldaan. Hoe gaat de minister zorgen dat deze beter wordt nageleefd? Volstaat deze norm nog? Gaat de minister deze norm evalueren en zo nodig verstevigen om zorggegevens beter te beschermen? Het bevolkingsonderzoek is een heel belangrijk, maar ook vervelend onderzoek waar vrouwen vaak al tegenop zien. Door deze hack heeft het vertrouwen van vrouwen in het bevolkingsonderzoek een deuk opgelopen. Hoe wil de minister het vertrouwen in het bevolkingsonderzoek herstellen? Concluderend: we moeten de informatiebeveiliging goed op orde hebben, juist omdat digitale ontwikkelingen bijdragen aan een toekomstbestendige zorg.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Ik hoorde volgens mij een inconsistentie in het verhaal: aan de ene kant de verwachting dat de digitalisering in de zorg de zorgverlener gaat ontlasten en aan de andere kant gaf u bijna aan het eind van het pleidooi aan dat de acceptatie en de adaptatie van die zorgtechnologie hier een probleem is. Dat onderken ik. Ik heb daar zelf ook onderzoek naar gedaan. In de afgelopen jaren heeft het implementeren van zorgtechnologie er nog nooit toe geleid dat er tijd vrijkomt voor de zorgverlener. Wat is volgens mevrouw Wendel nodig om te zorgen dat dat tijt keert?

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Ik denk dat dat niet een-op-een is hoe ik ernaar kijk. Neem de mat die ervoor zorgt dat een zorgverlener kan zien of iemand wakker wordt en beweegt, waardoor er dus niet constant rondes gelopen hoeven te worden maar de zorgverlener echt weet: oké, nú moet ik naar deze patiënt toe en er voor diegene zijn. Ik denk dat dit soort ontwikkelingen er wel degelijk aan bijdraagt dat zorgverleners tijd hebben om andere zaken te doen en er dus juist voor de patiënt te zijn op het moment dat dat nodig is. Maar dat cijfer van de tevredenheid van de zorgverleners -- uit mijn hoofd is het een 5,7 -- laat wat mij betreft wel zien dat zij enerzijds absoluut kansen zien in de digitale ontwikkelingen om het werk te ondersteunen en beter te maken, maar we er echt nog niet zijn. Dus wat moeten we nog doen met elkaar om ervoor te zorgen dat die zorgverleners daadwerkelijk ontlast worden en het enthousiasme in de komende jaren verder stijgt?

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Die matten zijn op zich wel een interessant voorbeeld, want die worden sporadisch ingezet. Ze worden niet overal ingezet, maar vooral op avonden en nachten waarop er al schaarste aan personeel is. Er kan dan op afstand gekeken worden of er in de wijk of in een aanleunwoning mensen moeten worden aangestuurd. Ik denk dat daar niet de winst te halen is als het gaat om het oplossen van de arbeidsmarktproblematiek. Ik hoop dat mevrouw Wendel dat met mij eens is.

Mevrouw **Wendel** (VVD):

Dan komen we in een discussie over de vraag waar ze gebruikt worden, maar ik ben bijvoorbeeld ook bij ouderenzorgorganisaties geweest waar ze wel degelijk gebruikt worden en waar de zorgverleners dus op het juiste moment bij de patiënt kunnen zijn.

De **voorzitter**:

Dank. Dan komen we bij de volgende spreker van de zijde van de Kamer. Dat is mevrouw Coenradie, namens JA21.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Voorzitter. Digitalisering in de zorg is geen luxeproject, maar is noodzakelijk om de zorg toegankelijk, betaalbaar en ook veilig te houden. De zorgvraag stijgt en de arbeidsmarkt staat onder druk. Digitalisering moet dus echt werken, en precies daar wringt het.

Gegevens zijn nog te vaak niet beschikbaar op het moment dat ze nodig zijn. Patiënten moeten hun verhaal opnieuw doen en zorgverleners moeten informatie overtypen.

Tegelijkertijd ontstaan er programma's, overlegstructuren en systemen die elkaar soms eerder hinderen dan versterken.

Voor JA21 is het daarom helder dat VWS veel steviger de regie moet pakken, niet door alles dicht te regelen vanuit Den Haag maar door duidelijke landelijke standaarden af te dwingen, uitvoering te organiseren en te voorkomen dat regionale initiatieven uitgroeien tot nieuwe digitale silo's. Daarbij hoort ook dat de markt beter gaat werken. De ACM waarschuwde eerder al voor de afhankelijkheid van zorginstellingen van een beperkt aantal zorg-ICT-leveranciers. Vastzitten aan één leverancier, hoge overstapkosten en slecht communicerende systemen zijn niet alleen een marktprobleem maar ook een zorgprobleem. Als systemen namelijk niet met elkaar praten, betaalt de patiënt

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

uiteindelijk de prijs. Daarom vraag ik de minister: hoe gaat zij zorgen voor meer marktwerking in de zorg-ICT en hoe voorkomt zij dat enkele grote leveranciers feitelijk de digitale infrastructuur van de zorg in handen krijgen? Is zij bereid om actiever op te treden tegen de vendor lock-in en tegen leveranciers die gegevensuitwisseling onnodig belemmeren?

Voorzitter. Digitale zorg moet ook concreet merkbaar worden in de praktijk. Hybride zorg en AI moeten sneller worden opgeschaald. Denk aan digitale consulten, digitale controles, thuismonitoring en AI-ondersteuning bij verslaglegging, bijvoorbeeld bij het inspreken van operatieverslagen. Dat zijn geen speeltjes maar toepassingen die zorgverleners tijd kunnen besparen, onnodige reisbewegingen kunnen voorkomen en zorg dichter bij mensen thuis kunnen organiseren. Juist bij arbeidsmarktkrapte moeten we technologie gebruiken om professionals te ontlasten, niet om de menselijke maat te vervangen maar om ervoor te zorgen dat zorgverleners hun tijd besteden aan zorg in plaats van aan administratie. Daarom vraag ik de minister: hoe gaat zij ervoor zorgen dat bewezen digitale toepassingen niet blijven hangen in pilots en projectpotjes maar daadwerkelijk landelijk worden opgeschaald? En hoe zorgt zij dat digitale consulten, digitale controles en AI-ondersteunde verslaglegging sneller onderdeel worden van normale zorgprocessen?

Voorzitter. De recente problemen rond ChipSoft, die eerder ook zijn aangehaald, laten ook zien dat digitale zorg alleen kan bestaan bij stevige veiligheid. Medische gegevens zijn buitengewoon gevoelig. JA21 wil tempo maken, maar niet naïef zijn. Privacy, cybersecurity en het medische beroepsgeheim moeten vanaf het begin goed geborgd zijn, anders ondermijnen we juist het vertrouwen dat nodig is om digitalisering te laten slagen. Wij zijn optimistisch over een opt-outsysteem. JA21 heeft liever "ja, mits" dan "nee, tenzij". Relevante medische gegevens moeten beschikbaar zijn als dat nodig is voor goede zorg. Zeker bij spoedzorg en medicatieoverdracht kan dat letterlijk het verschil maken, maar dan moet het systeem begrijpelijk zijn voor patiënten, uitvoerbaar zijn voor zorgaanbieders en juridisch helder zijn. Daarom vraag ik de minister: wanneer komt zij met een duidelijke routekaart voor een opt-out en gegevensuitwisseling?

Voorzitter. Veldpartijen stellen terecht dat de praktijk leidend moet zijn en dat de huidige digitale ontwikkelingen nog te versnipperd en te traag zijn. Hoe zorgt de minister ervoor dat de stap naar plateau 2 van de NVS per 1 januari 2027 versneld wordt gerealiseerd, met plateau 3, integraal georganiseerde gezondheidsnetwerken, als einddoel?

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Voorzitter. Er wordt in de zorg veel informatie verzameld over kwaliteit, complicaties en behandelresultaten tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen onderling, maar als die informatie niet begrijpelijk beschikbaar is voor patiënten, blijft het systeem vooral met zichzelf bezig. Wanneer zorgt de minister ervoor dat deze gegevens echt bruikbaar worden voor de patiënt?

Voorzitter, tot slot. Digitalisering moet de zorg eenvoudiger, veiliger en toegankelijker maken, en zeker niet bureaucratischer. Daarop zal JA21 de minister beoordelen.

Tot zover.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Fijn om te horen dat JA21 het ook belangrijk vindt dat mensen straks een opt-out kunnen krijgen voor het Europees patiëntendossier, maar die opt-out is niet onvoorwaardelijk. In het geval van het algemeen belang of een gezondheidscrisis kan de opt-out van een individu gepasseerd worden. Hoe kijkt JA21 daartegen aan? Als je als Nederlander een opt-out wilt voor het Europees patiëntendossier, zou die opt-out dan niet absoluut moeten zijn, zodat er niet, in het algemeen belang, alsnog naar je gegevens kan worden gekeken?

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Het lijkt mij evident dat je alleen naar gegevens kijkt wanneer dat nodig is. De gegevens die voor mensen heel belangrijk zijn en echt iets eigens zijn, moeten dus niet massaal toegankelijk zijn en open en bloot in te zien zijn. Het opt-outsysteem is geen uitnodiging om tegen iedereen te zeggen: kijk maar, want dat kun je ongeremd en ongevraagd altijd doen. Ik vind het wel belangrijk dat we in ieder geval niet meer steeds ... Dat bedoelde ik met "nee, tenzij". Nu is de vraag elke keer in hoeverre een zorgverlener in een dossier mag kijken. Die vraag wordt elke keer opgeworpen. Ik denk dat we daar wel een keer van af zouden moeten.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik probeer het even scherp te krijgen, want dit is wel belangrijk. Stel dat er straks een gezondheidscrisis is, dat er een nieuwe Europese pandemie aankomt en er wordt gezegd: het is goed dat we de vaccingegevens kunnen inkijken. Zoals het nu is, kan dat straks gebeuren; dan kan die opt-out gepasseerd worden. Zo staat het in de stukken. Is

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

dat wat JA21 betreft wenselijk, of zou de opt-out absoluut moeten zijn? Moet iemand kunnen zeggen: je mag er nooit in, ook niet als er zogenaamd een gezondheidscrisis is? Het is een politieke vraag. Hoe weegt JA21 dat?

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Ik vind eigenlijk, zoals ik net ook aangaf, dat men het altijd moet kunnen inzien. Als er een crisis is, als er een pandemie is of als er sprake is van urgentie, moeten we niet allerlei nieuwe of oude regels voor elkaar opwerpen. Het moet mogelijk blijven dat de opt-outregel van kracht is. Het maakt dus niet uit of het nou in pandemietijd is of niet.

De **voorzitter**:

Tot slot, uw laatste interruptie.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ja, tot slot, want dit is belangrijk. Ik probeer het af te ronden. Mevrouw Coenradie moet me maar corrigeren als ik haar woorden niet goed samenvat, en dat is dan fijn om te horen. Wat JA21 betreft -- dat is ook onze mening -- kan het dus niet zo zijn dat straks een ambtenaar van de Europese Unie zegt: vanwege het algemeen belang of een gezondheidscrisis kunnen die gegevens worden ingekeken. Een arts in Spanje of wie dan ook kan dus niet tegen de zin van de betreffende persoon, van de Nederlander die dat niet wil en die een opt-out heeft aangevraagd, die vaccindata inkijken. Het is een absolute opt-out. Het zou dus nooit moeten kunnen als iemand het niet wil, ook niet bij een gezondheidscrisis.

De **voorzitter**:

Mevrouw Coenradie, tot slot.

Mevrouw **Coenradie** (JA21):

Op het moment dat de patiënt dat echt niet wil, vind ik het belangrijk om dat mee te wegen, zeker, maar ik zit daar niet zo zwart-wit in als het nu wordt gesteld, temeer omdat er andere belangen kunnen spelen om daar toch inzage in te kunnen krijgen. Het wordt hier nu heel scherp geschetst, maar ik zit er dus toch niet zo zwart-wit in. Ik vind

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

het algemeen gezondheidsbelang in die zin niet ondergeschikt aan het belang van het individu.

De **voorzitter**:

We gaan naar de volgende spreker van de zijde van de Kamer en dat is de heer Claassen namens de Groep Markuszower.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

De zorg van morgen wordt niet alleen bepaald in de operatiekamer of aan het ziekenhuisbed, maar steeds vaker in de serverruimte en precies daar moeten we vandaag een fundamentele keuze maken: blijft de Nederlandse patiënt baas over zijn eigen medische dossier of geven we de sleutel stap voor stap uit handen aan Brussel, de big tech of buitenlandse belangen? Voor DNA is die keuze helder: Nederlandse zorgdata horen in Nederlandse handen.

Laat ik vooropstellen dat datadeling geen vies woord is. Sterker nog, als gegevens soepel meereizen met de patiënt, scheelt dat dubbele onderzoeken, foute diagnoses en eindeloos opnieuw je verhaal vertellen. Onze fractie is voor datadeling, op één voorwaarde: de patiënt plukt er de vruchten van en houdt zelf het stuur in handen. Data moeten de patiënt dienen en niet andersom. Het kabinet behandelt de European Health Data Space bijna als een voldongen feit, maar waarom bouwen het dak voordat het fundament er ligt? Waarom niet eerst een eigen nationale zorgdataspace onder de Nederlandse wet in een Nederlandse cloud voordat we ons weer vastketenen aan een Europees systeem waar Den Haag nauwelijks nog grip op heeft? En wie betaalt dat eigenlijk? Verdwijnt de rekening stilletjes in het macrokader voor medisch-specialistische zorg, zodat de premiebetaler opdraait voor de Brusselse ambities? Geen verborgen verschuivingen ten koste van zorg aan het bed, graag.

En hoe onafhankelijk zijn we nu eigenlijk? Onze ziekenhuizen draaien massaal op Amerikaanse systemen, zoals Epic. Daardoor staan onze meest intieme gegevens indirect onder buitenlandse wetgeving, zoals de CLOUD Act. In gewoon Nederlands: vreemde ogen kunnen meekijken. Vindt de minister dat acceptabel? Wanneer komt er een serieus plan voor een nationaal patiëntendossier in een Nederlandse cloud onder Nederlandse jurisdictie?

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Voorzitter. We horen over gehackte laboratoria en epd's die nog steeds niet met elkaar praten. Dus eerst de basis op orde en dan ambities. Die basis begint bij eenheid van taal. SNOMED CT als standaard klinkt mooi, maar is nog grofmazig. En aanvullend: gelukkig heb ik begrepen dat bijvoorbeeld de NANDA-classificatie opgenomen gaat worden in SNOMED CT. Dat vind ik een heel goede ontwikkeling. Het is alsof je iedereen een woordenboek geeft, maar niet afsprekt wel woord je in welke situatie kiest. Zonder afspraken op detailniveau -- dat is er gelukkig straks met NANDA wel -- blijft de administratieve last torenhoog en ontstaat er een goudmijn voor private equity, dat juist gedijt bij chaos. Komt de minister met bindende afspraken via een informatieberaad gevalideerd door de medici of de beroepsgroep zelf?

Hier hoort ook veiligheid bij. Bij Chinese 5G trekken we de wenkbrauwen op, maar slimme sensoren, monitoren, pacemakerprogrammeurs en misschien wel matten uit risicolanden krijgen vrij baan. Graag dezelfde stevige toetsing door de AIVD en het NCSC. Bouw de digitale fundamenten meteen kogelvrij, met een versleuteling die ook bestand is tegen de supercomputers van morgen. Houd daar rekening mee, want vijandige staten oogsten vandaag al massaal onze versleutelde medische dossiers en leggen die op de plank in afwachting van kwantumcomputers, die naar verwachting rond 2030 -- nu wordt ook al 2028 genoemd -- in staat zijn om de huidige sloten de openen als blikjes sardientjes. Medische dossiers zijn niet gevoelig voor vijf jaar, maar voor een heel mensenleven.

Voorzitter. Ons principe is simpel: uw lichaam, uw data, uw keuze. We willen juist meer slim datagebruik, maar dan transparant en met de patiënt aan het roer. Patiënten verdienen glasheldere informatie over kwaliteit en uitkomsten, want voor maar een fractie van alle ziektelast is dat openbaar. En ja, ook zorgverzekeraars hebben gegevens nodig om passende zorg in te kopen en wachttijden aan de pakken. Dat is prima, mits dat gericht en proportioneel gebeurt en niet als een open kraan waar alles uit stroomt. Hoe voorkomt de minister risicoselectie en profilering achter de schermen? Wij vragen dus expliciet een opt-in -- over een opt-out hebben we het gehad, dat is allemaal prima -- voor secundair gebruik. Daar hebben over gesproken bij de verzamelwetten I en II.a en daar gaan we binnenkort bij de verzamelwet II.b ook over spreken met elkaar. Dan kan iedere Nederlander zien wie in zijn dossier heeft gekeken. We willen ook een ijzeren garantie dat zorgdata nooit worden hergebruikt voor toeslagencontrole of

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

opsporing. Zorgdata zijn voor zorg. Dat een volwaardig analoog spoor blijft bestaan voor wie niet digitaal meekan, zou daarnaast ook wel een belangrijke voorwaarde zijn. Tot slot, voorzitter. Wie zijn eigen zorgdata beheert, beheert zijn eigen zorg. Laat Nederland de sleutel in eigen handen houden en de patiënt op de bestuurdersstoel zitten.

De voorzitter:

Ik wilde zeggen: komt u tot een afronding?

De heer Claassen (Groep Markuszower):

Het was 32 seconden te lang, of zo?

De voorzitter:

Nee, nee, langer. Ik ben niet heel streng, maar op een gegeven moment word ik wel streng. Mevrouw Wendel.

Mevrouw Wendel (VVD):

De heer Claassen geeft aan voor gegevensdeling te zijn, maar ik citeer hem even: de patiënt houdt zelf ook het stuur in handen. Hoe moet ik dat dan opvatten? Is meneer Claassen met zijn partij voor een opt-out, of daartegen? Patiënten denken nu ook al vaak dat hun dossier gedeeld kan worden, terwijl dat natuurlijk niet het geval is.

De heer Claassen (Groep Markuszower):

Dat is waar. Het is goed als we het daar bij de verzamelwet nog een keer opnieuw over gaan hebben. Ik denk dat er heel veel onduidelijkheid over is. Ik probeer het kort te houden, voorzitter. Als je nu buiten een ongeluk krijgt, ga jij geen toestemming geven, omdat je niet meer kunt spreken. Je gaat niet je familie bellen, maar ze gaan heus wel je data vinden en erachter komen wat er met jou aan de hand is. Het is een acute situatie. Ik probeer onderscheid te maken. Ja, ik ben voor een opt-out. Daar heb ik de afgelopen jaren ook altijd voor gepleit, maar als het voor secundair gebruik is -- bij de verzamelwet II.b gaat dat weer gebeuren -- vind ik dat ik als eigenaar aan de voorkant toestemming moet geven of ik wil hebben dat die data daarvoor worden gebruikt. Dat betekent hand aan eigen stuur.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

De **voorzitter**:

We zijn aan het einde gekomen van uw inbreng, meneer Claassen. Dan komen we bij de volgende spreker, de heer Krul namens het CDA.

De heer **Krul** (CDA):

Voorzitter, dank u wel. Ik vervang vandaag mijn collega André Poortman, die zich ook nuttig maakt voor de democratie, in de parlementaire enquêtecommissie. Ik excuseer me voor het feit dat ik een van die Kamerleden ben met verloop. Ik denk dat ik iets eerder weg moet vanmiddag, maar ik probeer zo lang mogelijk te blijven. Het is altijd fijn om in deze commissie het woord te mogen voeren.

De zorgsector staat voor hele grote uitdagingen. De vraag naar zorg stijgt en personeelstekorten lopen op. Zorgprofessionals besteden nog altijd een heel fors deel van hun tijd achter een scherm, in plaats van aan het bed. Digitalisering kan helpen om de zorg slimmer, toegankelijker en toekomstbestendiger te organiseren, maar technologie is geen doel op zich. Voor het CDA geldt dat digitalisering altijd ten dienste moet staan van de menselijke maat in de zorg. Technologie moet zorgverleners ondersteunen, niet vervangen. Systemen moeten werken voor mensen en niet andersom. Juist daarom moeten we ook eerlijk zijn over de risico's van toenemende digitalisering en ICT-afhankelijkheid. De recente hack bij ChipSoft heeft pijnlijk duidelijk gemaakt hoe kwetsbaar de zorg inmiddels is geworden. Als driekwart van de ziekenhuizen afhankelijk is van één leverancier voor het elektronisch patiëntendossier, raakt een cyberincident niet alleen een bedrijf, maar potentieel de continuïteit van de zorg zelf. Dan gaat het niet alleen meer over ICT, maar over patiëntveiligheid.

Het zou te gemakkelijk zijn om deze discussie te vernauwen tot ChipSoft. De kern van het probleem zit namelijk dieper. De zorg-ICT-markt functioneert niet goed. Dat leidt tot hoge kosten en beperkte innovatie, en de administratieve lasten worden er alleen maar meer van. Zorgprofessionals moeten ervaren dat systemen vaak niet met elkaar communiceren, gegevensuitwisseling stroef verloopt en innovatie wordt afgeremd doordat instellingen vastzitten in bestaande infrastructuren. Zoals alle leden van deze commissie, leggen we veel werkbezoeken af. Ik vraag altijd bij zo'n werkbezoek "wat zou je nou vandaag willen veranderen als je een toverstok had?" Dat hoor ik zelden: ik

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

zou meer geld willen. Ik hoor bijna altijd als eerste: Ik zou toch heel graag willen dat er iets gebeurt aan de gegevensuitwisseling, want we worden er knettergek van.

De Autoriteit Consument & Markt vraagt al veel langer om aanvullende instrumenten om de marktwerking binnen de zorg-ICT te verbeteren. Daarom vraag ik de minister: deelt zij de analyse dat er sprake is van een ongewenste afhankelijkheid binnen de zorg-ICT-markt, en is zij bereid specifiek onderzoek te doen naar het functioneren van deze markt, inclusief de voorstellen van de ACM om de interoperabiliteit te versterken?

Daarnaast hoor ik graag van de minister of de huidige initiatieven rondom continuïteit en cyberweerbaarheid, mede in het licht van de hack bij ChipSoft, volgens haar voldoende zijn om de continuïteit van zorgprocessen te garanderen.

Tegelijkertijd moeten we ook de kansen van digitalisering niet uit het oog verliezen. Als technologie goed wordt ingezet, kan dit juist leiden tot minder administratie, tot betere samenwerking en tot meer tijd voor persoonlijke aandacht. Dat is voor ons essentieel. Digitalisering moet ruimte geven aan de zorgverlener. Minder vinkjes, meer vertrouwen. Minder systeemwereld, meer menselijk contact. De ambitie is een landelijk dekkende infrastructuur voor gegevensuitwisseling. Dat is cruciaal, want goede samenwerking in de zorg staat of valt met veilige en betrouwbare gegevensdeling. Niet alleen voor betere zorg aan patiënten, maar ook voor hoogwaardig onderzoek en innovatie. Kan de minister schetsen hoe zij dit gaat uitwerken? Hoe wordt voorkomen dat nieuwe systemen opnieuw leiden tot extra lasten en afhankelijkheden?

Tot slot een punt over de Wkz, onze lievelingswet: de Wet kwaliteitsregistraties zorg. Wij hebben een amendement ingediend waarbij geregeld wordt dat de kwaliteitsregistraties niet alleen data verzamelen, maar ook daadwerkelijk bijdragen aan betere zorg, want registreren is nooit een doel op zichzelf. Het moet uiteindelijk leiden tot betere behandeluitkomsten, meer inzicht voor zorgverleners en betere zorg voor patiënten. Ik hoor graag van de minister hoe zij de uitwerking van deze wet ziet, specifiek op dit punt van dit amendement dat is aangenomen.

Digitalisering biedt echt enorme kansen, maar alleen als wij blijven vertrekken vanuit een eenvoudig uitgangspunt. De zorg draait nooit om systemen, maar om mensen. Het CDA zal digitale ontwikkelingen altijd toetsen aan de vraag of ze bijdragen aan betaalbare, toegankelijke en menswaardige zorg.

Dank u wel.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

De **voorzitter**:

Ik dank u zeer. Ik kom bij de volgende spreker. Dat is mevrouw Maeijer namens de PVV.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Voorzitter, dank u wel. We verkeren eigenlijk nog in de naschok van een recente serie van ernstige hacks, waarbij gevoelige persoonlijke informatie werd buitgemaakt. Dat gebeurde onder andere bij Clinical Diagnostics, Odido en ChipSoft, de grootste leverancier in zorgportalen en elektronische patiëntendossiers. Hier zien we direct een grote kwetsbaarheid. Het laat vooral zien dat de gecentraliseerde opslag van grote hoeveelheden gevoelige data en concentratie rond één aanbieder een aantrekkelijk en potentieel impactvol doel is voor aanvallers. Als een aanvaller eenmaal binnenkomt, kan de schade groot zijn, omdat er veel gegevens in één omgeving samenkomen. De schade is groter dan gegevens alleen. Het gaat ook om gemiste afspraken, kosten en vertraging. Ik zou graag van de minister willen weten hoe dit in de toekomst wordt voorkomen en wanneer de vertraging die is ontstaan bij het bevolkingsonderzoek, wordt ingelopen.

Clinical Diagnostics voldeed niet aan de NEN-norm. Mijn collega is hier ook al over begonnen. In de beantwoording in de schriftelijke ronde gaf de minister aan dat zij niet precies weet hoe groot dit probleem is. Is dat niet een probleem an sich? Hoe kan de minister zorgaanbieders daarin dan adequaat in ondersteunen? Wat vindt de minister in dit kader van de suggestie die de Patiëntenfederatie in een brief deed, namelijk de vraag om een concreet actieplan voor ondersteuning van de patiënt na datalekken in de zorg? Voorzitter. Hoe ziet de minister dit in het licht van de implementatie van de EHDS? Hoe zorgt zij ervoor dat de gegevens van mensen veilig zijn? Hoe werken al die systemen eigenlijk met elkaar samen? Ik heb wat stukken bij me. Ik moet eerlijk bekennen dat ik in de voorbereiding van het debat, bij het lezen over alle zorgsystemen en ICT-mogelijkheden die we nu al hebben in de zorg, op een gegeven moment het bos niet meer zag tussen alle bomen door, of andersom. Hoe verhouden die zich nu eigenlijk tot elkaar? Hoe werken ze met elkaar samen? Hoe houdt men nu eigenlijk grip op het moment dat er ook nog eens een EHDS bij komt?

Eind vorig jaar heeft de Kamer de Herijking Financiële impactanalyse European Health Data Space ontvangen. De minister schreef dat het erg complex is gebleken om de

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

exacte financiële impact in kaart te brengen. Ik zou toch graag van de minister willen weten wat dit gaat kosten en wie ervoor gaat betalen.

Voorzitter. Onderhandelingen in Brussel hebben helaas geleid tot een opt-out en niet tot een opt-in. Dat betekent dat mensen actief een handeling moeten verrichten als zij geen gegevens willen delen. Hoe ziet de minister dit straks voor zich? Maakt zij in de vormgeving van de opt-out nog onderscheid tussen primair en secundair gebruik? Of is er bijvoorbeeld sprake van een gelaagde opt-out? Hoe gaat ze ervoor zorgen dat mensen weten dat ze een keuze hebben, maar er actief actie voor moeten ondernemen? Hoe kijkt ze aan tegen de doorbreking van het recht op de opt-out? Hoe verhoudt dat zich eigenlijk tot de keuze voor een opt-out?

Voorzitter. In de aanloop naar dit commissiedebat hebben we een aantal brieven ontvangen van organisaties die zich zorgen maken dat het medisch beroepsgeheim steeds verder onder druk dreigt te komen te staan door infrastructuur, wetgeving rond gegevensverwerking en de implementatie van de EHDS. Herkent de minister deze zorgen? Is de minister in aanloop naar het maken van de wetgeving ook met hen in gesprek? Gegevensdeling in de zorg is belangrijk, maar de patiënt moet de regie houden en gegevens moeten veilig zijn.

Voorzitter. De Monitor Digitale Zorg 2025 concludeert dat het gebruik van digitale zorg in 2025 grotendeels stabiel is gebleven of licht is toegenomen ten opzichte van het jaar daarvoor. Er wordt vaker gebruik gemaakt van videobellen en AI, zoals spraakgestuurd rapporteren door bijvoorbeeld huisartsen, medicijndispensers en persoonsalarmering door verpleegkundigen. Ook zijn zorggebruikers een aantal digitale toepassingen meer gaan gebruiken. Zorgverleners vinden het vooral zeer positief dat gebruikers hierdoor meer regie hebben.

Het gebruik van een persoonlijke gezondheidsomgeving blijft echter achter. Minder dan 10% van de zorggebruikers gebruikt een PGO en het merendeel is er eigenlijk nog steeds niet mee bekend. Ook zijn er hele grote verschillen tussen de opleidingen en leeftijden van de gebruikersgroepen. Ik zou heel graag van de minister willen weten wat zij gaat doen om de positieve ervaringen die opgedaan zijn in het zorgveld en onder gebruikers verder uit te rollen. Wat neemt zij mee van de minder goede ervaringen? Wat is de stand van zaken ten aanzien van het programma AI in de zorg? Kan de minister tot slot ingaan op de aanbevelingen die voortkomen uit de monitor, zoals het blijven ondersteunen van de toegankelijkheid van digitale zorg, het ondersteunen van de

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

zorgverleners bij de inzet daarvan en meer inzicht in de barrières bij het onderbenut gebruik van digitale zorg?

Voorzitter. Helemaal tot slot zeg ik: zorg is mensenwerk. Liefde, een praatje en menselijk contact zijn onvervangbaar. Technologie kan daarbij ondersteunen, om daarvoor tijd en ruimte te maken.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Veel dank. De volgende spreker: de heer Vervuurt, D66.

De heer **Vervuurt** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Digitale gegevens en technologie zijn steeds belangrijker als basis voor een goede zorg voor patiënten. Deze basis versterken is cruciaal nu de zorg onder druk staat door personeelstekorten, oplopende wachtlijsten en een groeiende zorgvraag. Verder inzetten op digitaal biedt niet alleen verlichting. Het biedt ook enorme kansen, kansen om zorg beter en fijner te maken voor mensen.

Het ziekteverloop van parkinsonpatiënten kan bijvoorbeeld met digitale horloges veel nauwkeuriger worden gevolgd. Zo hoeven mensen straks minder vaak naar controles in het ziekenhuis. De data van een reumapatiënt in Utrecht zijn bijvoorbeeld straks ook direct toegankelijk voor de huisarts in Nijmegen, zonder dat de patiënt daar zelf iets voor hoeft te doen. Door AI te gebruiken om MRI-beelden te verbeteren, hoeven mensen minder lang in een scanner. Zo kunnen meer mensen in een kortere tijd geholpen worden.

Dat zijn allemaal kansen voor betere en fijnere zorg, maar die kansen benutten we in Nederland nog te langzaam. Patiënten moeten hun verhaal steeds opnieuw vertellen, zorgverleners besteden uren aan overbodige administratie en innovaties verdwijnen in pilots zonder opschaling en ondertussen groeit de afhankelijkheid van grote technologiebedrijven. Allemaal problemen die eerder al zijn genoemd.

Werk aan de winkel dus. Ik wil vandaag op een aantal punten ingaan, om te beginnen cyberveiligheid. Cybersecurity in de zorg moet een basisvoorwaarde zijn voor zorgkwaliteit. De recente hacks bij ChipSoft en het bevolkingsonderzoek maken duidelijk hoe kwetsbaar we zijn. Mensen moeten erop kunnen vertrouwen dat hun gezondheidsdata veilig bewaard worden. Daarom vragen wij de minister of de minimale

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

beveiligingsstandaarden op orde zijn. Hoe worden zorginstellingen hier actief in ondersteund en heeft de Rijksoverheid genoeg grip in het geval van datalekken? Dan databeschikbaarheid. Het is in 2026 nog steeds moeilijk om medische gegevens veilig en eenvoudig beschikbaar te stellen aan ziekenhuizen, huisartsen, wijkzorg en het sociaal domein, maar ook aan patiënten zelf. Kan de minister uitleggen hoe uitwerking wordt gegeven aan de coalitieafspraken over gegevensuitwisseling in de eerstelijnszorg met het sociaal domein?

Het beter delen van informatie kan ook levens redden. Het is niet uit te leggen dat een ambulanceverpleegkundige soms cruciale informatie over medicatie of allergieën niet kan inzien terwijl elke minuut telt. Toch blijven gegevens vaak onzichtbaar, omdat mensen vooraf expliciet toestemming moeten geven. Daarom vragen we deze minister om een opt-outregeling voor bijvoorbeeld de ambulancezorg. Ga uit van toestemming voor het delen van gegevens, tenzij iemand bezwaar maakt. Daarmee krijgen professionals direct de informatie die zij nodig hebben, terwijl de patiënt zeggenschap houdt. Voor gegevensdeling biedt ook de European Health Data Space kansen, maar hoe zet de minister vaart achter de op- en inrichting hiervan? Kan de minister daarnaast toezeggen in te zetten op één landelijke integrale opt-outvoorziening voor patiënten? Tot slot publieke regie. Digitalisering raakt aan fundamentele publieke waarden, zoals privacy en toegankelijkheid, maar ook onze onafhankelijkheid. De overheid mag hier niet alleen toeschouwer zijn. Daarom vraagt D66 om een concrete meerjarige digitale zorgagenda met duidelijke doelen, open standaarden en meetbare voortgang. Kan de minister toezeggen dit te onderzoeken?

De vraag is niet of de zorg digitaliseert, maar hoe. D66 wil dat de technologie de mens ondersteunt en dat innovatie daadwerkelijk bijdraagt aan betere en fijnere zorg voor mensen, waarbij iedereen mee kan doen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Meneer Claassen, uw laatste interruptie.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Ik noemde net een voorbeeld uit de acute zorg. Als je een ongeluk hebt gehad, een trauma, een groot hersentrauma of noem maar op, dan word je opgehaald door de

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

ambulance en dan word je volgens het protocol behandeld en afgegeven op de SEH en dan gaan ze daar kijken wat ze verder doen. Dus dat gebeurt al. Daar zijn eigenlijk nauwelijks problemen. Ik vroeg me alleen af hoe D66 dan een opt-out voor zich ziet bij iemand die comateus is.

De heer **Vervuurt** (D66):

Wij vinden het cruciaal dat op het moment dat seconden, dat minuten ertoe doen mensen zo snel mogelijk geholpen worden en dat hulpverleners niet ondertussen naar persoonsinformatie van mensen moeten gaan zoeken, die ze misschien wel bij zich hebben of misschien ook niet. Dat is schadelijk voor de gezondheid van mensen en dat moet niet kunnen. We moeten dus toe naar een systeem waarin juist op zo'n moment mensen zo snel mogelijk en zo goed mogelijk geholpen kunnen worden. Dat is mijn punt.

De **voorzitter**:

Nee, meneer Claassen. Zo gaat dat. De heer Bushoff, namens GroenLinks-Partij van de Arbeid, aan u het woord.

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

Dank u wel, voorzitter. In aanloop naar dit debat ben ik eens gaan zoeken: wanneer zijn we eigenlijk overgegaan op die hele digitale infrastructuur in de zorg? Toen stuitte ik op een kop van, let wel, het Reformatorisch Dagblad van 13 juli 2007 -- ik zie een aantal collega's tevreden knikken -- die luidde dat het Nij Smellinghe in Drachten als eerste ziekenhuis alle papieren patiëntendossiers had gedigitaliseerd. Daarna volgden nog veel meer ziekenhuizen, ook grotere, zoals het Martini Ziekenhuis in mijn eigen Groningen met 1,6 miljoen van die papieren patiëntendossiers. Het schijnt te gaan om kilometers papieren dossiers die gedigitaliseerd zijn.

Dat lijkt super vanzelfsprekend en misschien is digitalisering in de zorg ook niet zo sexy, maar eigenlijk gaat het erom dat een arts op het juiste moment de juiste informatie krijgt om iemand goed te kunnen helpen. Dat moeten we zo makkelijk mogelijk maken. Vanuit de zorg zijn er dan ook terecht oproepen om dat nog beter te organiseren, omdat het nog niet goed gaat. Tegelijkertijd gaat het erom dat de informatie wel bij die arts terecht komt maar niet bij mensen die er niks mee van doen hebben of bij mensen die

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

slechts kwade intenties hebben. Die digitale systemen moeten bovendien goed werken, zodat ze niet zomaar stilgelegd kunnen worden en ze moeten ook nog een beetje betaalbaar blijven voor de zorginstellingen en daarmee voor de belastingbetaler.

Voorzitter. Over die onderwerpen wil ik het in mijn resterende spreektijd hebben, onder toeziend oog van een volle publieke tribune met daartussen ook een aantal oude bekenden, moet ik eerlijk zeggen. Ik ga heel erg mijn best doen, onder het kritische oog van deze volle commissie en deze volle tribune, om hierover een aantal opmerkingen te maken tegen deze nieuwe minister.

Voorzitter. Allereerst over de veiligheid. Ten aanzien van de veiligheid van de digitale infrastructuur heeft Europa ons recentelijk op de vingers getikt omdat in een heel aantal sectoren de veiligheid niet op orde is. In de Tweede Kamer is een wet aangenomen, de Wwke, de Wet weerbaarheid kritieke entiteiten, die ervoor moet zorgen dat kritieke entiteiten zoals de gezondheidszorg daadwerkelijk goed beschermd worden, zoals Europa ook wil. Deze wet moet nog door de Eerste Kamer komen. Ik ga ervan uit dat dat lukt, ook gelet op de stemverhoudingen in de Tweede Kamer, maar je weet het nooit zeker.

Dat gezegd hebbend vroeg ik mij wel dit af. Stel, deze wet komt erdoorheen, wat betekent dat dan voor al die zorgaanbieders? Kan de minister al een tipje van de sluier oplichten: welke zorgaanbieders, welke actoren in de zorg gaat zij op basis van deze wet eventueel aanmerken als kritieke entiteiten? Of kan zij dat nog niet? Ik zie haar schudden. Toch mijn vraag: zou het op basis van deze wet mogelijk zijn om een aantal actoren in de zorg aan te merken als kritieke entiteiten en vervolgens op grond van die andere wet, de Wet vifo, goed te beschermen tegen overname door buitenlandse mogendheden?

Logischerwijs hebben wij onze telecom beschermd tegen overnames door bedrijven uit Rusland of China. Dat lijkt ons immers niet verstandig. Maar bijvoorbeeld onze digitale infrastructuur in de zorg, even zo cruciaal, hebben we niet op die manier beschermd. Bedrijven die voorzien in onze cruciale digitale infrastructuur kunnen dus gewoon nog overgenomen worden door bedrijven uit China, Rusland en noem maar op. Dat willen we toch met z'n allen voorkomen? Daarom mijn vraag of dat vergemakkelijkt wordt met de Wwke en uiteindelijk ook de Wet vifo.

Voorzitter. Een vervolgvraag over de digitale veiligheid. Ik ben wat de cyberveiligheid betreft wel benieuwd wat NIS2, wat een voortvloeisel is van een Europese richtlijn die nu

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

ook in de Eerste Kamer ligt, gaat betekenen voor zorgaanbieders en dan met name kleine zorgaanbieders. Moeten zij ondersteund worden om aan die strenge eisen, die belangrijk zijn, te voldoen?

Voorzitter, ik kom tot een afronding; ik zie u al druk gebaren. Ik sla één onderwerp over en dan heb ik nog een laatste vraag, en wel over die hack bij dat baarmoederhalskankeronderzoek. De minister schrijft in haar brief dat er door deze hack een grote achterstand wordt opgelopen bij het uitnodigen van vrouwen voor dit onderzoek. De achterstand is nu al groot en het is te verwachten dat die achterstand de komende maanden alleen maar verder oploopt. Nou, dat is een hele pijnlijke, maar misschien wel logische constatering. Ik vraag de minister wel wat zij gaat doen om deze achterstand in te lopen. Kunnen we daar iets aan doen, zou ik deze minister willen vragen.

De rest bewaar ik voor interrupties.

De voorzitter:

Dank u wel. De volgende spreker van de zijde van de Kamer, tevens de laatste spreker, is de heer Van Houwelingen. Uw vier minuten gaan in.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dank u, voorzitter. Ik zou graag kort iets willen zeggen over die European Health Data Space. Dat is een soort Europees patiëntendossier. Het idee daarachter is dat het straks mogelijk wordt dat ook artsen in bijvoorbeeld Spanje of Frankrijk je medische gegevens op kunnen vragen, waaronder natuurlijk je vaccinatiegegevens. U zult begrijpen dat, met in het achterhoofd de coronageschiedenis, waarin medische apartheid is geïntroduceerd op basis van je vaccinatiestatus, wij het heel zorgelijk vinden dat dat wordt opgetuigd en straks kan. Het is extra zorgelijk dat we lezen dat die opt-out, waarvan je verwacht dat mensen niet deel kunnen nemen, dus voorwaardelijk is. Dat blijkt heel duidelijk uit de stukken. Er staat dan dat als er sprake is van een acute pandemie of een grootschalige volksgezondheids crisis -- dat is precies waar ik het over heb -- je wel kunt zeggen "ik wil niet meedoen aan dat systeem", maar die opt-out dan niet geldig is. De Europese Unie schrijft daar letterlijk over op de eigen website: "People who do not wish to take part in the use will have the right to opt out." Dat is dus goed. En: "However, the data may still be used for certain important public interest purposes." Dat noemt de minister dus in

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

haar stukken een "doorbrekingsmechanisme". Ik citeer dat toch ook maar even; dit staat dus in de brief van de minister.

De EHDS, dat Europees patiëntendossier, biedt ook de mogelijkheid om in nationale wetgeving een doorbrekingsmechanisme op de beperkingsrechten te regelen in geval van spoedeisende zorgsituaties. Bij zo'n doorbrekingsmechanisme kunnen de beperkingsrechten -- je wilt het niet en zegt dus: opt-out -- tijdelijk kunnen worden overruled. De minister schrijft dat zij het op voorhand niet uitgesloten acht dat zo'n uitzondering wenselijk kan zijn om ook in noodsituaties -- dat is bijvoorbeeld een nieuwe zogenaamde pandemie -- de juiste zorg te kunnen leveren. Momenteel onderzoekt zij of het doorbrekingsmechanisme wenselijk is. Mijn vraag aan de minister is dan: wanneer zou zo'n doorbrekingsmechanisme nou ooit wenselijk kunnen zijn? Als een Nederlander in Spanje of waar dan ook straks zegt "ik wil niet dat mijn gegevens ingezien kunnen worden", kan dat toch nooit een reden zijn om die opt-out te overrulen? Dat blijkt straks immers wél te kunnen.

Mijn tweede vraag is dan: kúnnen we dat nog? Ik noem dit namelijk een absolute opt-out. Het kan dus nooit. Je zegt tegen je zorgverlener, apotheek, huisarts dat het nooit mag worden gedeeld in dit Europees patiëntendossier. Je zegt dat je dat nooit wilt hebben. Kunnen wij als Nederland nog zeggen dat we zo'n absolute opt-out, dus zonder zo'n doorbrekingsmechanisme, gaan regelen? Kunnen we dat als Kamer nog doen? Ik ben bang dat we dat al weg hebben gegeven en dat we dat niet eens meer kunnen doen. Als we het niet meer kunnen, hoop ik dat de minister zich daar hard voor wil gaan maken. Dat is mijn belangrijkste vraag. Wij willen die absolute opt-out, die nooit doorbroken kan worden.

Tot slot, voorzitter. Ik noem het maar even een absolute opt-out op collectief niveau. Stel, er is straks weer een pandemie en ze gaan weer wat verzinnen. Deze keer gaan we leren van de coronacrisis. We houden ons hoofd deze keer koel en gaan niet meedoen aan het uitstoten van mensen die niet gevaccineerd zijn. We houden rekening met grondrechten, maar de rest van de Europese Unie gaat er niet in mee. Dat zou zomaar kunnen. In Spanje en Frankrijk doen ze het wel. Stel dat de Europese Unie dan zegt: wij moeten Nederlanders, onze landgenoten dus, die niet gevaccineerd zijn de toegang ontzeggen tot wat dan ook in die landen. Dan willen wij als Nederland daar natuurlijk niet aan meewerken. Kunnen wij dan nog, door een soort killswitch, iets inbouwen in het systeem waarmee we het liefst met een druk op de knop -- ik denk dat

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

dat via wat dan heet het Nationaal Contactpunt moet, want via dat contactpunt lopen blijkbaar alle gegevens -- als Nederland zelfstandig nog voorkomen dat gegevens binnen dat systeem worden gedeeld? Daarmee onttrekken wij ons dus aan dat Europees patiëntendossier. Dat zien we ook graag.

Voorzitter. Samenvattend heb ik drie belangrijke vragen. Mijn laatste vraag was net: kunnen wij ons onttrekken aan dat hele systeem? Dat is een technische vraag. Ik ben niet geïnteresseerd in allerlei juridische verhalen straks, want we vertrouwen het hele systeem natuurlijk niet. Het gaat er dus om wat we nog kunnen doen. Dat is een vraag die ik heb. Is de minister bereid zo'n absolute opt-out te introduceren voor individuele Nederlanders? Zo nee, waarom niet? Wat kan nou in godsnaam een reden zijn om, als iemand zijn gegevens niet wil delen, dat toch te doen? Of die reden moet weer zijn: je doet het voor een ander. Daar gaan we natuurlijk niet nog een keer in trappen. Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dan zijn we gekomen aan het einde van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik had al vooroverleg gehad over de schorsing. Die duurt 30 minuten. Er zijn veel fracties en veel vragen, vooral veel vragen. We gaan om 14.20 uur weer verder. Ik schors tot 14.20 uur.

De vergadering wordt van 13.51 uur tot 14.21 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik heropen de vergadering. Welkom, allemaal, bij het commissiedebat Digitale ontwikkelingen in de zorg. We zijn aangekomen bij de beantwoording van de zijde van het kabinet. Ik geef nog even aan richting de Kamerleden dat zij drie interrupties hebben richting de minister. Minister Sterk, ik geef u het woord. Misschien kunt u ons ook even meenemen in de blokindeling.

Minister Sterk:

Dank u wel, voorzitter. Ik heb inderdaad een blokindeling. Het is altijd fijn om te weten waar je vragen ongeveer verwacht kunnen worden. Het eerste blok zijn de vragen over het GIS-stelsel, dus het informatiestelsel, de zorg-ICT-markt en de implementatie ervan.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Het tweede blokje gaat over de wetgeving en de opt-out. Het derde blokje is cyberweerbaarheid. Het vierde blokje gaat over data en AI. Mogelijk is er dan nog een blokje overig, maar daarin zitten dan niet zo heel veel vragen.

Voorzitter. Ik had echt een hele mooie inbreng voor deze sessie, omdat het een onderwerp is waar u waarschijnlijk goed in zit, en de mensen op de tribune wellicht ook, maar ik realiseer me dat er ook mensen meekijken die misschien denken: waar gaat dit nou eigenlijk over? Het is namelijk best heel technisch; dat merkt u ook wel aan de gestelde vragen. Deze minister heeft er ook best wel wat energie in moeten steken om dit dossier een beetje in de vingers te krijgen. We kennen echter allemaal ook wel voorbeelden waarvan we weten: daar gaat het eigenlijk over. Stel je voor dat je een allergie hebt, dat je bepaalde medicijnen niet mag en dat je bewusteloos bij de eerste hulp binnenkomt, maar dat ze daar niet weten dat je een bepaalde allergie hebt. Dan kan het ontzettend misgaan.

In Nederland gaat het zo'n 70.000 keer per jaar mis doordat er niet de goede gegevens zijn over de medicatie die patiënten wel of niet mogen hebben. Dat is eigenlijk waar het vandaag over gaat: hoe zorgen we nou dat we de gegevens die bekend zijn over onze gezondheid, op het juiste moment veilig en betrouwbaar bij de juiste persoon kunnen krijgen, zodat we goede zorg krijgen en de regie kunnen houden over al die gegevens van ons die overal in allerlei systemen zitten? Dat is de ene kant.

Aan de andere kant zien we dat het voor zorgverleners natuurlijk ontzettend frustrerend is als je zo iemand op de SEH krijgt en je gewoon niet zo goed weet wat die persoon nou wel of niet mag. Ik ken ook verhalen van op dat moment dienstdoende artsen die dan allerlei mensen moeten gaan nabellen om toch te achterhalen welke gegevens er nou wel of niet bekend zijn. Dat is allemaal tijd die we op zo'n moment eigenlijk niet daarin willen steken, want we willen die patiënt helpen. Ook hiervoor is het belangrijk dat wij zorgen dat die gegevens dan beschikbaar zijn.

Ik hoor ook heel goed de zorgen, namelijk het dat natuurlijk wel echt veilig moet zijn. Dan helpt het natuurlijk niet dat we in de afgelopen periode een aantal keer hebben gezien dat er hacks zijn geweest waarbij patiëntgegevens zijn gehackt. Ik kan me voorstellen dat mensen thuis zich afvragen: het is leuk dat we het hier vandaag over hebben, maar is het allemaal wel betrouwbaar als mijn gegevens ergens gestald zijn? Het is nou juist zo belangrijk dat mensen er vertrouwen in hebben dat die gegevens op de goede plek blijven en niet in verkeerde handen vallen als we dit doen met elkaar.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Daar heeft u allerlei vragen over gesteld. Ik hoop die in de lijn van mijn inbreng dadelijk te beantwoorden.

Nog een laatste opmerking. Het gaat natuurlijk helemaal niet om het digitale systeem of om alle overlegorganen die we hier hebben, zoals ook door u meermaals is gezegd; het gaat er uiteindelijk om dat dit een middel is dat het doel dient, namelijk zorgen dat mensen gewoon de regie houden over hun gegevens. Het gaat hier uiteindelijk om de menselijke maat, zoals de heer Krul ook zei. Ik denk dat we dat ook steeds voor de ogen moeten proberen te houden.

Voorzitter. Hiermee heb ik mijn inleiding enorm ingekort. Ik ga door naar de vragen in het eerste blokje. Dat zijn de vragen over de markt zorg-ICT en de implementatie.

Ik begin bij de vragen die mevrouw Wiersma heeft gesteld. Zij vroeg: helpt die digitalisering de zorgverlener en de patiënt nou echt verder? Eigenlijk heb ik daar net al iets over gezegd. Als we die overtuiging niet zouden hebben, zouden we het volgens mij gewoon niet moeten doen. Ik hoor eigenlijk bij u allemaal dat dat inderdaad wel zo zou moeten zijn. Ik ben ervan overtuigd dat het ons echt verder gaat helpen. Ik heb u net al een voorbeeld genoemd. We hebben er natuurlijk een visie op ontwikkeld, want zo doen we dat dan bij de overheid. Dat is de nationale visie en strategie op het gezondheidsinformatiestelsel. Dat is juist bedoeld om integrale oplossingen te maken die gericht zijn op het systeem, zodat mensen beter gaan samenwerken en er een betere informatie-uitwisseling kan komen, zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener.

Mevrouw Wiersma vroeg ook: hoe gaat we nou zorgen dat we niet in de pilotfase blijven hangen, maar echt gaan opschalen? Dat was ook een vraag van mevrouw Coenradie. Dat is natuurlijk waar we naartoe moeten. We zien ook allemaal wel de urgentie en willen dat gewoon zo snel mogelijk doen. In de implementatiestrategie hebben we afgesproken dat we in ieder geval vooraf toetsen dat de toepassingen ook echt werken in de praktijk, maar dat we daarna wel zo snel mogelijk de implementatie ingaan, om daaraan ook echt uitvoering te geven. De pilots zijn namelijk belangrijk, maar uiteindelijk gaat het om de praktijk. Dat doen we overigens heel nadrukkelijk samen. Er wordt natuurlijk heel erg naar ons als overheid gekeken, maar we kunnen het niet doen zonder de zorgaanbieders en zonder de koepels, want zij moeten het uiteindelijk een plek gaan geven in hun eigen organisaties en systemen.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Mevrouw Wiersma vroeg ook hoe we nou kunnen voorkomen dat juist de kleine zorgaanbieders vastlopen in al die ingewikkelde implementaties en alle kosten die daar mogelijk mee gemoeid gaan. In het AZWA is samen met het zorgveld afgesproken dat we een implementatiestrategie zouden opstellen, maar we hebben ook afgesproken om zorgorganisaties daarbij te ondersteunen via regionale samenwerkingsverbanden. Er is in Limburg al een goed voorbeeld van hoe dit op regionaal niveau al geregeld is, juist zodat de grote broer zijn kleine zusje kan helpen, zal ik maar zeggen. Je ziet daar namelijk dat kleine zorgorganisaties er inderdaad moeite mee hebben. Daar kijken we dus ook goed naar. Daar kijken we met elkaar goed naar.

Dan heb ik hier een vraag van mevrouw Coenradie. We hebben in de nationale strategie diverse plateaus. We zitten nu eigenlijk in de eerste fase. Die moet in principe in 2027 zijn afgerond. Dan komen we toe aan de tweede fase. Mevrouw Coenradie vroeg: hoe kunnen we nou zorgen dat we die versneld gaan realiseren, met uiteindelijk het laatste plateau, het integraal georganiseerde gezondheidsnetwerk, als einddoel? Daar werken we namelijk naar toe. Het eerlijke antwoord is dat we niet alles tegelijk kunnen. U gaf het al aan: het moet ook zorgvuldig gebeuren. Daarom hebben we dus die drie plateaus ontwikkeld. De EHDS, die eigenlijk daarna is gekomen, maakt het juridisch wel nodig om bepaalde stappen uit plateaus 2 en 3 te versnellen. Dat betekent dat we de tijdlijn van de EHDS leidend zullen laten zijn. Daarmee komt er inderdaad een versnelling ten opzichte van wat we eerder hadden bedacht in de drie plateaus die we hadden neergelegd. Daar houd ik vanuit de regierol die we vanuit VWS hebben, natuurlijk goed toezicht op. Dat doen we ook weer in afstemming met het veld.

De heer Krul, de heer Bushoff en mevrouw Coenradie hadden een vraag over de marktwerking binnen de zorg-ICT. We hebben onlangs nog door de hack bij ChipSoft gezien hoe groot de afhankelijkheid van bepaalde leveranciers soms is bij zorginstellingen. Er is ook gevraagd of ik bereid ben onderzoek te doen naar het functioneren daarvan. Ook is mij gevraagd te kijken of de Autoriteit Consument & Markt ook kan beschikken over een adequaat instrumentarium en of dat nu ook al het geval is. Ik ga in ieder geval onderzoeken wat ik vanuit de rol en de systeemverantwoordelijkheid die ik heb, nog meer kan doen om zorgaanbieders te ondersteunen. Ook ga ik een onderzoek doen naar aanvullende regulering voor de zorg-ICT-markt. Ik zeg daarbij echter ook dat het natuurlijk belangrijk is dat zorgaanbieders daar zelf goed op letten, want als zorgaanbieders allemaal een contract afsluiten bij één ICT-leverancier, dan

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

versterkt dat hun positie ergens wel, maar ergens ook niet, want daarmee krijg je een vrij eenzijdige marktwerking. Ik denk dus ook dat er een rol is voor de zorgaanbieders.

Daarnaast werkt ik ook met het ministerie van EZK samen aan een wetsvoorstel om gericht te kunnen ingrijpen bij marktfalen, dat nu buiten het toezicht van de Autoriteit Consument & Markt valt. Ik zal u daar na de zomer over informeren in een Kamerbrief, die overigens van de minister van EZK komt. Daar moet u dus wel even op letten, maar dat zullen we daarin doen.

Tot slot in dit blokje heb ik nog een vraag van de heer Vervuurt. Hij vraagt hoe er uitwerking wordt gegeven aan de gegevensuitwisseling in de eerste lijn met het sociaal domein, zoals ook in het coalitieakkoord is afgesproken. Ik vind het ontzettend belangrijk dat we gaan zorgen dat het sociaal domein goed wordt aangesloten in de hele beweging die we aan het maken zijn. Dat hebben we overigens ook in het AZWA afgesproken met de zorgorganisaties. Het is alleen nog best wel ingewikkeld. Het is al ingewikkeld om die gegevensuitwisseling binnen de zorg goed te regelen. Dat het sociaal domein daarbovenop komt, maakt het in ieder geval niet makkelijker, om het zo maar even voorzichtig te formuleren, omdat dat andere kaders, een andere aansturing en andere techniek heeft. Nu ben ik dus in kaart aan het brengen welke gegevensuitwisseling over de domeinen gefaciliteerd moet worden en wat er dan nodig is om dat te bereiken, maar ook hiervoor geldt weer dat we dat zorgvuldig willen doen. Ik voel ook de urgentie, maar het is beide waar.

Dat was volgens mij wat ik voor dit blokje had.

De voorzitter:

We zijn dus aan het einde gekomen van het eerste blok.

De heer Bushoff (GroenLinks-PvdA):

Ik heb daar wel een vraag over. De minister zei: ik ga onderzoek doen naar het functioneren van de markt voor ICT-aanbieders in de zorg en naar wat ik daar eventueel in kan betekenen om te voorkomen dat één speler zo'n grote, dominante positie krijgt. Vervolgens zei de minister: zorgaanbieders hebben er zelf ook een verantwoordelijkheid in te zorgen dat ze niet één zo'n aanbieder contracteren. Dat snap ik ook nog.

Tegelijkertijd zien we natuurlijk dat het vaker voorkomt dat aanbieders van ICT er via zo'n lock-in voor proberen te zorgen dat het heel moeilijk wordt om vervolgens over te

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

stappen naar een andere aanbieder als die bijvoorbeeld eenmaal op de markt is of een beter aanbod doet. Wat gaan we daartegen doen, zou ik de minister willen vragen.

Minister **Sterk**:

Nou ja, ik moet eerlijk zeggen dat mij dit pas echt gewaar werd toen dat met ChipSoft begon te spelen. Toen heb ik ook de vraag gesteld of we er nu voldoende tegen doen dat bepaalde partijen zo'n sterke marktpositie kunnen krijgen. Ik wil u dus toezeggen dat ik daar wat dieper op zal ingaan in de eerstvolgende brief die we hierover aan de Kamer doen toekomen. Het gaat er namelijk ook om dat we goed kijken welke instrumenten we daartoe op dit moment hebben. Ik heb net al aangegeven wat ik sowieso doe richting de Autoriteit Consument & Markt, maar ik herken de zorg die u heeft. Ik ben aan het kijken welke dingen we daaraan nog meer zouden kunnen doen.

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

Eén vervolgvraag dan nog. Het is fijn dat we de toezegging krijgen dat er in een brief uitgebreider wordt ingegaan op de mogelijkheden om daar iets aan te doen. Kan de minister dan wel de principe-uitspraak doen dat het in ieder geval zo zou moeten zijn dat aanbieders van de ICT-software die software zo maken dat het heel makkelijk is om over te stappen, met open data, open source et cetera, en dat die lock-in praktisch niet plaats zou moeten vinden? In principe moet dat het uitgangspunt zijn en we moeten regelgeving maken voor als dat niet zo is.

Minister **Sterk**:

Sorry, ik vroeg daar nog eventjes wat informatie over, maar we zijn juist in het kader van de EHDS aan het kijken hoe je de markt door meer voorwaarden gelijk kan trekken. Uiteindelijk willen we bij een aantal zaken ook naar verplichtingen toe. Daar zullen ICT-leveranciers uiteindelijk gewoon in mee moeten, maar ik had gehoopt dat dat eigenlijk al vanzelf zou gaan, omdat iedereen natuurlijk ziet dat we deze beweging aan het maken zijn. Overall denk ik dat daar echt nog wel een markt te winnen is, zou ik bijna zeggen; ik weet niet of je dat zo zegt, maar daar is echt nog wel wat te doen. Wij kijken daarbij goed mee, omdat we vinden dat we meer regie moeten pakken om daar uiteindelijk toe te komen. Dat gaat niet alleen over de marktposities, maar ook over de

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

uitwisselbaarheid van de systemen. Daar moeten leveranciers van zorg-ICT natuurlijk ook gewoon in mee.

De heer **Vervuurt** (D66):

De minister verwijst al naar de vraag die ik stelde: hoe kunnen we er nou voor zorgen dat het zorgdomein goed aansluit op het sociale domein, zodat de gegevens zo goed mogelijk gebruikt kunnen worden om mensen zo goed mogelijk te helpen? Ik snap heel goed dat dat ingewikkeld is, zoals de minister schetst. Ik ben toch een beetje op zoek naar een ambitie of een tijdslijn die daarbij past. Wanneer mogen we daar iets over verwachten? Ik verwacht geen concrete plannen, maar ik wil graag weten wanneer de Kamer bijvoorbeeld wordt geïnformeerd over de inventarisatie die nu gedaan wordt.

Minister **Sterk**:

In de EHDS wordt daar ook iets over gezegd. In het kader daarvan moeten we dat vanuit het tweede plateau gaan regelen. Dat betekent dat dat in 2031 in ieder geval geregeld moet zijn. Maar goed, ik weet niet of dat voor u snel genoeg is. Ik heb ook nog een aantal andere dossiers waarvoor het ontzettend relevant is dat die uitwisseling goed op gang komt, dus u mag mij erop aanspreken of ik dat steeds op andere plekken onder de aandacht breng. Ik denk overigens dat dat niet alleen gaat over gegevensuitwisseling, maar dat is daarbij wel een heel belangrijk onderdeel.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

In het antwoord van de minister ging het over de incidenten in de ambulancezorg en de acute zorg. Het getal van 70.000 werd volgens mij genoemd. Dat is apart, hè, want de onderzoeksagenda van de ambulancezorg zegt dat die gegevens nog niet gekwantificeerd zijn. In het rapport in 2026 zegt Ambulancezorg Nederland zelf: ja, er is een risico, maar we hebben de cijfers niet. Als de minister de cijfers wel heeft, zou ik graag een toezegging willen hebben, zowel aan mij als aan Ambulancezorg Nederland, dat zij die cijfers openbaar maakt. Bovendien staat in het rapport -- ik probeer dat aan te voeren met betrekking tot opt-in of opt-out -- dat door de ABCDEFG-methodiek, in de AVPU, zoals die heet, goedgeschoolde ambulancemedewerkers heel goed in staat zijn om ernstige incidenten te voorkomen. Dat staat ook in het rapport. Maar ook dat wordt niet cijfermatig onderbouwd. Dus de vraag aan de minister is of zij bereid is om wel met

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

die cijfers te komen met een daadwerkelijke onderbouwing van het standpunt dat zij net innam bij de introductie.

Minister **Sterk**:

Eén. Ik ga niet over de ambulancezorg. Ik wil wel toelichten welke cijfers ik noemde. Ik sprak over 70.000, maar dat betreft een cijfer dat gaat over het misgaan in de medicatieoverdracht, dus dat mensen niet weten welke medicijnen iemand moet hebben. Dat gaat niet alleen over de ambulancevoorziening of over de spoedeisende hulp, maar is breder. Dat is het cijfer dat ik heb genoemd. Sorry als dat verwarring heeft opgeleverd omdat het daarmee leek alsof ik het alleen over de ambulancezorg had.

De **voorzitter**:

Even niet buiten de microfoon, anders zorgt dat voor verwarring. Heeft u een vervolgvraag, meneer Claassen?

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Ik heb er maar drie, hè?

De **voorzitter**:

Jaja, dat klopt. We gaan door. Of hebben anderen nog vragen bij dit blok, want we zijn aan het einde gekomen van het eerste blok? Nee. Het volgende blok is, als het goed heb, wetgeving en opt-in en opt-out. Dat is het geval. Minister, aan u het woord.

Minister **Sterk**:

Ik begin met de vraag van mevrouw Wendel over de interoperabiliteit. Ik krijg het woord in één keer uit m'n mond, goed hè? Mevrouw Wendel vroeg wat daarop precies de stand van zaken is. Met de EHDS en de uitvoeringswetgeving die wij maken om de interoperabiliteit te realiseren, zal in de komende jaren stapsgewijs en nader verplicht worden dat de elektrische gezondheidsgegevens beschikbaar komen voor zorgverlening, bijvoorbeeld door eisen te stellen aan de zorginformatiesystemen op het gebied van gebruik van standaard interoperabiliteit. Dat loopt ook mee in een gefaseerde inwerkingtreding van de EHDS. Zoals u wellicht ook weet, is de interoperabiliteit het eerste plateau van de NVS. Dat moet klaar zijn in 2027.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

De herijking van de financiële impact van de EHDS. Mevrouw Maeijer vroeg: wat gaat dit nu oogsten en wie gaat daarvoor betalen? We hebben in oktober vorig jaar een geüpdatete versie van de financiële-impactanalyse over de EHDS aan de Kamer gestuurd. Met die financiële-impactanalyse hebben we geprobeerd om een soort duiding te geven van wat de potentiële, incidentele en structurele kosten zijn die de EHDS met zich meebrengt voor zowel de overheid alsook voor het bedrijfsleven. Daarmee wil ik dus ook meteen gezegd hebben dat als we het over die kosten hebben, die voor een deel bij de overheid liggen, maar ook voor een deel bij het bedrijfsleven zelf, dat zich hierop moet gaan aanpassen. Uit de analyse is ook gebleken dat het best heel complex is om de exacte impact in kaart te brengen. Dat rapport beschouw ik als richtinggevend in de nadere uitwerking van de EHDS, maar we zullen elke keer goed moeten kijken wat de financiële impact gaat worden naarmate we er ook meer over weten. Voor de komende jaren hebben we in ieder geval wel middelen voor de overheidskant apart gezet, maar de zorgaanbieders staan natuurlijk zelf aan de lat om dat aan hun kant zelf te doen. Het gaat ook over de bedrijfsvoering.

Mevrouw Maeijer had ook een vraag over hoe al die ICT-systemen precies met elkaar samenwerken, hoe deze zich tot elkaar verhouden en hoe we daar grip op houden nu de EHDS erbij komt. De ICT-systemen moeten natuurlijk gewoon met elkaar samenwerken en interoperabel zijn, want anders krijg je de gegevensuitwisseling niet op gang en kunnen we daarmee de zorg niet verbeteren. Daarvoor stellen we ook technische eisen aan de zorg, bijvoorbeeld voor interoperabiliteit en aansluiting op de nationale infrastructuur. De nationale eisen en de eisen uit de EHDS worden samengebracht, zodat ze elkaar ook versterken. Leveranciers van epd-systemen zijn verplicht om aan te tonen dat hun systemen voldoen aan die eisen, bijvoorbeeld door een test in een digitale testomgeving. Daarmee zorgen we eigenlijk dat iedereen zich aan diezelfde standaarden houdt en dat je daarmee de gegevensuitwisseling kunt organiseren.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Mijn tweede interruptie gaat over die ...

Minister **Sterk**:

Ik kom nog toe aan de beantwoording van uw vraag, als u daarop wilt ingaan.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Nee, hoor. Dit is een interruptie op basis van wat u net zei. Mag dat?

De **voorzitter**:

Zeker. Er wordt alleen gezegd dat er nog een beantwoording komt van vragen die u heeft gesteld. Maar voel u geheel vrij, meneer Claassen.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Zitten de gegevensuitwisseling, SNOMED en classificatie bij overig? Zo niet, als het nergens zit, dan moet ik nu de vraag stellen. Ik hoop dat het niet gezien wordt als een interruptie als ik verhelderende vragen moet gaan stellen over waar we mee bezig zijn.

Minister **Sterk**:

Antwoorden op SNOMED komen bij het blokje data.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Toppie.

Minister **Sterk**:

Dan heb ik u toch een interruptie bespaard.

De **voorzitter**:

En ik bepaal of ik 'm wel of niet meetel, maar ik tel 'm niet mee, meneer Claassen.

Minister **Sterk**:

Het kabinet behandelt de EHDS bijna als een voldongen feit, zei de heer Claassen. Waarom bouwen we het dak voordat het fundament er ligt en waarom niet eerst een eigen nationale zorgdataspace voordat we ons vastketenen -- dat zijn zijn woorden -- aan een Europees systeem waar we nauwelijks nog grip op hebben? De EHDS is een Europese verordening. U weet vast ook hoe het werkt met Europese verordeningen. Die moeten wij uitwerken in onze eigen regelgeving. De EHDS ligt ook in het verlengde van wat we nationaal al deden via de Wegiz, want die hebben we al sinds 2018. Het blijft belangrijk dat de mogelijkheid voor elektronische gegevensuitwisseling zorgbreed zo

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

snel mogelijk verplicht wordt. Omdat de EHDS nu leidend is voor de uitwerking van het beleid en de regelgeving, want Europese regelgeving gaat tenslotte boven nationale regelgeving, maak ik nu ook gebruik van nationale aanvullingen uit de Wegiz, die we al in de Kamer hebben behandeld, als basis indien die nodig zijn om de nationale doelen uit ons zorgproces te realiseren. De Wegiz, die wij eerder zelf al hadden, is daarmee een belangrijke opstap naar de EHDS. Dat geldt ook voor het voorstel voor de nationale wet op het gezondheidsinformatiestelsel. De voorbereiding voor die wet, de GIS, is inmiddels in gang gezet.

De heer Vervuurt zei dat de EHDS ook kansen biedt en vroeg hoe ik vaart zet achter de op- en inrichting hiervan. Daar heb ik net denk ik al het nodige over gezegd. We zijn daar heel hard mee bezig. Dat doen we natuurlijk in fases. We hopen de eerste fase in 2027 afgerond te hebben. Er liggen inmiddels ook al een aantal voorstellen in uw Kamer die daaruit voortkomen, bijvoorbeeld over hoe je kunt inloggen en hoe je kunt laten zien of je wel bent wie je zegt dat je bent, de Diaz, maar ook het landelijk netwerk. Daar zijn we dus heel hard mee bezig.

Dan kom ik bij de vragen die allemaal over de opt-out zijn gesteld. Mevrouw Wendel zei: wij pleiten er al jaren voor dat er een opt-out komt in de acute zorg en de spoedeisende hulp. Er lag een voorstel, dat door het vorige kabinet op dat punt is teruggetrokken. Ik wil daar echter toch mee doorgaan, niet zozeer met dat voorstel, maar met de mogelijkheid die er is. Ik wil dat meenemen in de implementatiewetgeving van de EHDS. Die zit in tranche twee.

Dan was de vraag van mevrouw Coenradie of de minister nog komt met een duidelijke routekaart voor de opt-out gegevensuitwisseling. De verplichtingen vanuit de EHDS op de opt-out treden gefaseerd in werking in 2029 en 2031; dat zijn de tweede en derde tranche. Ik houd me ook aan die fasering. We werken op dit moment aan de verdere uitwerking van de opt-out. U had daar allemaal heel veel vragen over: hoe ziet dat er dan uit? Wordt het een absolute opt-out of kun je daar eventueel een doorbraakmechanisme in verwerken? Dat zijn allemaal vragen die we nu aan het bekijken zijn en die wij volgens mij na de zomer ook aan de Kamer doen toekomen. Dat lijkt me het moment om hier misschien nog wat verder op in te gaan.

Ik heb nog niet alle vragen over de opt-out beantwoord, volgens mij. Een vraag van mevrouw Wiersma maar ook van mevrouw Maeijer en de heer Vervuurt is hoe we ertegen aankijken dat die opt-out natuurlijk ook duidelijk en eenvoudig moet zijn. Er werd

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

ook gevraagd naar de gelaagdheid en of je niet één integrale opt-out zou moeten hebben. Wat mij betreft gaat het er bij de opt-out enerzijds om dat burgers regie hebben over hun gegevens, want dat is waar die opt-out voor is bedoeld, maar het moet natuurlijk ook technisch haalbaar en praktisch uitvoerbaar zijn voor de burgers die daarmee te maken hebben. Dan denk ik altijd aan mijn 81-jarige moeder, die dat dan ook moet snappen. Daar heeft u vast ook uw eigen beelden bij, denk ik.

Mevrouw Maeijer en de heer Van Houwelingen vroegen hoe de mogelijke doorbreking van een opt-out zich verhoudt tot het recht op een opt-out. Daarvan heb ik gezegd dat ik er nog op terugkom, want ik begrijp uw vraag, maar het lijkt me goed om dat op een later moment te bespreken.

De heer Claassen vroeg of wij als Nederland wel zelf de baas blijven over onze eigen dossiers of dat we de sleutel aan Europa geven. Een buitenlandse zorginstelling of zorgprofessional mag sowieso alleen maar gegevens inzien als er een behandelrelatie is. Het kan dus niet zo zijn dat iemand zomaar in jouw gegevens kan inloggen. Ik vind het ook heel erg belangrijk dat burgers goed geïnformeerd worden als hun medische gegevens worden geraadpleegd, als waarborg bij de databeschikbaarheid. Dan gaat het dus over logging, waarbij je kunt zien wie er uiteindelijk in heeft gekeken. Onder de EHDS kan de burger Europese uitwisseling beperken via het recht van de opt-out voor primair gebruik. Nogmaals, daar kom ik op terug.

Dan was er nog een vraag, ook van de heer Claassen, over een opt-in voor het secundair gebruik. Laat ik eerst zeggen dat als er uitwisseling plaatsvindt voor secundair gebruik, dat altijd anoniem is. Dat is een beetje zoals de CBS-gegevens. Het is dus niet zo dat duidelijk wordt dat Mirjam Sterk ik weet niet wat aan informatie bij de dokter heeft gekregen. Dat is dus niet wat er gaat gebeuren. Wij zijn verplicht -- dat staat in de EHDS -- om uit te gaan van een opt-out. Er is geen mogelijkheid om daar voor een opt-in te kiezen.

Ten slotte nog een vraag van de heer Van Houwelingen. Kan een burger zeggen dat gegevens niet gaan stromen -- ik weet overigens niet of u dat woord zo gebruik heeft -- via het NCPeH-NL en kunnen we ons ook onttrekken aan het Europese systeem? Nogmaals, voor de duidelijkheid: er komt geen Europees patiëntendossier. De medische gegevens blijven altijd bij de bron opgeslagen. Dat zijn allemaal verschillende plekken. Er is dus niet één centrale plaats -- ik denk dat het belangrijk is dat de burger dat ook weet -- waar alles terechtkomt. Dat is niet zo. Alle gegevens blijven gewoon bij de

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

individuele zorgverlener of zorgprofessional met wie u een relatie heeft. De regie voor het delen van de gegevens ligt bij de individuele burger. Wanneer een burger kiest voor een opt-out, worden er geen gegevens gedeeld via het Nationaal Contactpunt.

Daarnaast voldoet het Nationaal Contactpunt aan strenge technische en operationele beveiligingseisen, want je wil natuurlijk dat het veilig gebeurt, zodat de gegevens op een veilige manier uitgewisseld kunnen worden.

Voorzitter. Dat was het einde van dit blokje, maar ik zie ...

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ik wil op dat vorige ook even terugkomen. Eén vraag is nog niet beantwoord, namelijk: kunnen we als Nederland nog kiezen -- want het Europese raamwerk ligt er al -- voor zo'n absolute opt-out? Onder geen beding gegevens ... Kan het nog?

Minister **Sterk**:

Nee. Het korte antwoord is nee. We kunnen niet meer kiezen.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Met andere woorden -- ik vat het even kort samen -- wat we ook doen hier in de Kamer, we kunnen de gegevens van onze burgers eigenlijk niet beschermen. Het is goed dat Nederlandse burgers dat beseffen. Deze Kamer heeft er al voor gekozen om dat uit handen te geven. Ontzettend dom.

Nog een vraag die ik had is ook niet duidelijk beantwoord. Ik bedoelde het volgende, maar misschien was ik gewoon niet duidelijk in mijn vraag. Stel nou dat wij als Nederland niet willen dat bijvoorbeeld artsen in het buitenland bij de dossiers van onze landgenoten kunnen. Ik snap dat ze decentraal zijn opgeslagen. Dat begrijp ik allemaal, maar we willen dus voorkomen -- het is bijna een technische vraag -- dat die gegevens door bijvoorbeeld een Spaanse arts opgevraagd kunnen worden. Kunnen wij als Nederland de structuur die straks gebouwd wordt, nog voorkomen? Stel dus dat een Spaanse arts de vaccinatiestatus wil weten van een Nederlander die in Spanje woont, via dat systeem. Ik begrijp dat het decentraal is. Wij willen niet dat ze in onze gegevens kunnen en dat ze die kunnen opvragen bij het RIVM. Kunnen wij als Nederland dan dat systeem blokkeren? Het is eigenlijk bijna een technische vraag.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Minister **Sterk**:

De burger heeft die keuze via de opt-out. Daarin kan de burger zelf kiezen op welke manier hij die gegevens wel of niet wil delen. U vraagt eigenlijk of er een absolute opt-out mogelijk is. Daar zijn we ook naar aan het kijken. Ik wil op dit moment even volstaan met dat antwoord, omdat ik denk dat het zinvoller is om er met elkaar dieper op in te gaan als we het straks uitgewerkt hebben, want dan kan ik ook iets zeggen over een mogelijk doorbraakmechanisme, waar u ook zorgen over heeft.

De **voorzitter**:

U krijgt nog de mogelijkheid om ...

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Misschien ligt het aan mij, hoor, en weet ik mijn vragen gewoon niet duidelijk te stellen. Dan moet ik het misschien maar schriftelijk afhandelen omdat het hier niet lukt of wie weet in de tweede termijn. Maar nu begrijp ik het helemaal meer. Ik hoorde net dat over een absolute opt-out nog kan worden nagedacht, maar zoals ik het net begreep, is dat ... Kan dat nog? Wij willen heel graag een absolute opt-out. Dat Europese raamwerk ligt er namelijk al. Ik heb het voorgelezen. Op de site lees ik: nee, dat moet altijd mogelijk zijn in noodsituaties. Als dat zo is, is het natuurlijk heel dom dat we dat uit handen hebben gegeven, maar oké. Kunnen wij de patiëntgegevens van de Nederlandse bevolking nog beschermen? Of is het zo dat die absolute opt-out niet meer mogelijk is en dat we dus overgeleverd zijn aan de EU?

De **voorzitter**:

U heeft de vraag nu helderder gesteld dan de vorige keer; dat vind ik wel, als voorzitter.

Minister **Sterk**:

Volgens mij hoor ik u nu zeggen: kunnen wij als heel Nederland gewoon om een opt-out vragen? Nee. Ik zeg dat je als individuele burger voor een opt-out kunt gaan als je dat wilt. Ik ga bekijken of dat een totale opt-out kan zijn en daar ga ik u later over berichten, als we verder ingaan op die opt-out. Uw vraag was: kunnen wij als Nederland gewoon zeggen dat we een opt-out willen voor iedereen? Nee, dat is een keus ... We hebben

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

elkaar, denk ik, niet goed begrepen. We zijn het dan volgens mij op dit punt met elkaar eens dat die mogelijkheid er moet zijn.

De voorzitter:

U nadert elkaar, meneer Van Houwelingen. Dat moet ook af en toe in de politiek. Ik denk: hé, we komen een stapje dichterbij.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Met uw goedvinden, voorzitter, excuus.

De voorzitter:

Helemaal tot slot, omdat u in herhaling valt.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Ja, tot slot en als allerlaatste nog één keer, want deze vraag moet nu al wel beantwoord kunnen worden. Ik snap dat we gaan uitwerken hoe we in Nederland dat doorbrekingsmechanisme gaan invullen. Dat begrijp ik allemaal. Mijn vraag is -- ik ga het nog één keer proberen -- of wij als Nederland er nog voor kunnen kiezen om dus geen doorbrekingsmechanismes op te nemen. Kunnen we dat? Staat dat ons als Nederland nog vrij?

De voorzitter:

De vraag is of die politieke ruimte er nog is.

De heer Van Houwelingen (FVD):

Dat is over het raamwerk. Dat de minister het straks invult, snap ik.

De voorzitter:

"Is die politieke ruimte er nog?"

Minister Sterk:

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Ja. Daar heb ik volgens mij al wel antwoord op gegeven. Ik heb gezegd dat we het aan het bekijken zijn of het nog kan of niet. Daar zouden we eventueel voor kunnen kiezen, maar ik wil het nog bekijken.

De voorzitter:

Wordt vervolgd, meneer Van Houwelingen. U gaat dit ongetwijfeld volgen. We zijn gekomen bij ... Graag even weer orde! O wacht, ik zie mevrouw Maeijer nog op dit blok. De minister was gekomen aan het eind van het blok wetgeving en opt-in en opt-out.

Minister Sterk:

Klopt, ja.

De voorzitter:

Dus mevrouw Maeijer, wilt u daar nu nog vragen over stellen?

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Als ik het dan goed begrijp is de opslag straks decentraal, maar wordt de toegang tot gegevens centraal geregeld. Daarvoor kun je dan als burger de keuze maken "dat wil ik niet". Dat zul je dan actief moeten aangeven. Daar ligt dan ook voor de minister dus een taak om mensen er heel duidelijk over te informeren dat die mogelijkheid er is. Wat ik niet helemaal begrijp is het volgende. We hebben dan straks het recht op de opt-out, zowel bij primair als bij secundair gebruik. Volgens mij is er al in een eerder stadium gekeken of dat dan gelaagd zou kunnen of niet. In de brief van de minister begrijp ik het niet helemaal dat zij nu eigenlijk schrijft dat zij dat gaat onderzoeken en het vervolgens opschuift tot na de zomer, terwijl we volgens mij aan het eind van het jaar in dit kader een eerste wetsvoorstel verwachten. Dat gaat misschien niet specifiek helemaal over dit onderwerp, maar ik begrijp niet helemaal waarom we nu weer aan het uitzoeken zijn wat we precies gaan doen. In het verlengde daarvan: ik dacht ook dat de doorbreking van de opt-out gewoon uit de verordening kwam. Ik hoop wel op wat duidelijkheid van de minister hierover, want volgens mij staan er bepaalde zaken gewoon in wat Brussel ons nu voorschrijft.

Minister Sterk:

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Volgens mij geeft de EHDS ons als land ruimte om er zelf invulling aan te geven. Wij constateren dat het juridisch en technisch best wel ingewikkeld is. Daarom willen we het ook samen met het veld ontwikkelen en daarom zijn we daar nu mee bezig. Ik heb daarom ook gezegd dat we na de zomer -- dat hebben we volgens mij al eerder aan de Kamer gemeld -- met een brief willen komen waarin we uitwerken hoe wij denken dat het eruit zou moeten zien. Dat is nog iets anders dan dat we constateren dat je het eventueel gelaagd kunt doen. Je kunt het met elkaar constateren, maar je zult uiteindelijk als Nederland ook moeten besluiten hoe we dat dan willen vormgeven. Die vraag gaan we beantwoorden, maar daar krijgt u na de zomer meer bericht over, omdat we dat met het veld willen ontwikkelen.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dan een vervolgvraag van een iets andere orde. We zullen daar dan op moeten wachten. Velen van ons begonnen dit debat met een verwijzing naar de recente hacks. Als de opslag straks decentraal is maar de toegang centraal is, hoe gaat de minister nou de veiligheid van die gegevens garanderen voor al die burgers die straks mogelijk hun gegevens willen delen, of niet?

Minister **Sterk**:

Voorzitter, zou ik wat mogen vragen? Ik heb straks ook nog antwoorden rondom ChipSoft. Dit gaat eigenlijk ook over ChipSoft. Mag ik deze vraag daarbij betrekken? Ik hoop niet dat mevrouw Maeijer hiermee een interruptie kwijt is.

De **voorzitter**:

Nee, zeker niet. Wordt vervolgd. Dan stel ik richting de minister voor om het volgende blok te starten.

Minister **Sterk**:

Het volgende blok is cyberweerbaarheid, voorzitter. Dan begin ik met de vragen van Kamerlid Vervuurt. Hij vraagt of de minimale beveiligingsstandaarden op orde zijn, of de zorgaanbieders daarbij worden ondersteund en of wij er als Rijksoverheid genoeg grip op hebben in het geval van datalekken. Ik denk dat we het er allemaal heel snel over eens zijn dat die goede informatiebeveiliging natuurlijk superbelangrijk is. Ik vind het dus

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

ook wel zorgelijk dat de naleving van de norm voor die informatieveiligheid op dit moment te wensen overlaat. Zorginstellingen zijn hier verantwoordelijk voor en moeten ook continuïteitsplannen hebben voor het geval van een hack of een datalek. Dat is niet zozeer de verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid, maar wij ondersteunen wel op verschillende manieren. Dat doen we enerzijds met gratis hulpmiddelen voor implementatie. We zetten ook in op het bewustzijn bij de zorgprofessionals via het programma voor informatieveilig gedrag in de zorg. Verder heeft ook de IGJ het toezicht nu goed opgepakt, nadat er dus is geconstateerd dat het maar bij een kleine groep goed was geregeld. Die aanpak lijkt te werken: streng toezicht, maar ook constructief en een lerende omgeving organiseren. Last but not least: ik verken ook met de inspectie een gezamenlijke strategie voor het ondersteunen -- ik zeg dat ook een beetje in de richting van mevrouw Wiersma, die er inmiddels niet meer is zie ik; maar goed, desalniettemin -- van kleinere zorgaanbieders bij de implementatie van deze best wel complexe norm. Mevrouw Wendel zei: die NEN-norm wordt zo slecht nageleefd. Ze vroeg hoe we gaan zorgen dat dat beter gebeurt. Ik denk dat ik daar net eigenlijk al iets over gezegd heb. Daar wil ik nog aan toevoegen dat we ook de Cyberbeveiligingswet kennen, die binnenkort van kracht wordt. Op grond daarvan kunnen zorgbestuurders ook hoofdelijk aansprakelijk worden gesteld in het geval van serieuze incidenten en nalatigheid. Ik denk dat heel veel zorgbestuurders nu inderdaad even gaan nadenken over hoe dat eigenlijk in hun eigen organisatie zit en dat dat ook gaat helpen om die beveiliging beter op orde te krijgen.

Dan de vraag van mevrouw Wendel of die norm, die NEN 7510, nog volstaat. Ze worden elke vijf jaar geëvalueerd en dat is ook bij de herziening van deze NEN-norm gebeurd. Dat is gebeurd in december 2024. Die is toen ook verbeterd op basis van signalen uit het veld en is aangepast aan wijzigingen van de internationale standaard. Er zijn ook maatregelen toegevoegd om te kunnen voldoen aan de Europese NIS2-wetgeving, die van kracht is vanaf januari 2023. De korte conclusie is dus dat die nog steeds actueel is en ook volstaat.

Dan had zij ook een vraag over de hack bij Clinical Diagnostics. Zij stelt -- ik denk dat we dat inderdaad op zich herkennen -- dat het vertrouwen van vrouwen in het bevolkingsonderzoek daar natuurlijk een deuk mee heeft opgelopen en vraagt hoe ik dat vertrouwen zou willen herstellen. Ik moet eerlijk zeggen dat dat eigenlijk de portefeuille is van minister Hermans, maar ook als vrouw zeg ik maar even dat het natuurlijk

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

ontzettend belangrijk is dat je vertrouwen hebt in dat bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. We kunnen het helaas niet zomaar even ongedaan maken. De minister van VWS zet zich nu samen met Bevolkingsonderzoek Nederland en het RIVM in om dat vertrouwen te herstellen. Dat doen we enerzijds door het blijvend aanbieden van een kwalitatief goed en toegankelijk bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, maar ook door goed te kijken hoe dit nou heeft kunnen gebeuren en welke lessen we daar nog weer uit kunnen trekken, zodat we die ook kunnen aanbieden aan andere zorgaanbieders.

Dan vragen van de heer Bushoff en mevrouw Maeijer over wat we eraan gaan doen om die achterstand in uitnodigingen in te lopen. Er is meer capaciteit nodig om dat voor elkaar te kunnen krijgen. Bevolkingsonderzoek Nederland zoekt naar die extra capaciteit en dat schijnt best ingewikkeld te zijn, omdat het vinden van een ander laboratorium dat op korte termijn het werk van Clinical Diagnostics kan en wil overnemen niet haalbaar is. Bevolkingsonderzoek Nederland moet nog besluiten of er weer samengewerkt gaat worden met Clinical Diagnostics. Mocht die samenwerking wel weer worden hervat, dan is er wel weer zicht op meer capaciteit. Ondertussen wordt er dus parallel gewerkt aan andere manieren om extra capaciteit te realiseren, zoals de inzet van digitale cytologie, waarmee de analyses versneld kunnen worden. Ik hoop niet dat u gaat vragen wat ik daar nou precies mee bedoel, maar het helpt in ieder geval om meer capaciteit te realiseren en dat was volgens mij uw vraag.

Dan de vraag van mevrouw Maeijer hoe in de die ernstige hacks worden voorkomen. Ik zou willen zeggen -- dat geldt trouwens voor heel veel problemen onze samenleving -- dat we ze als we ze eenmaal hebben geconstateerd voorgoed kunnen oplossen, maar dat kan gewoon niet. Dat geldt natuurlijk ook voor deze hacks. Het is nooit helemaal te voorkomen. Het is gewoon een breed maatschappelijk verschijnsel. Zorgaanbieders zijn er zelf primair verantwoordelijk voor om hun informatieveiligheid goed te regelen en daar moeten -- we hebben het er net al over gehad -- echt nog wel wat slagen geslagen worden. De belangrijkste stap daarin is gewoon hele basale cyberhygiëne: doet iedereen wat ie eigenlijk moet doen? Wat wij vanuit het Rijk doen, is die zorgaanbieders daarbij ondersteunen door de Z-CERT te verstevigen, dat is het Computer Emergency Response Team voor de zorg. Dat team heeft overigens bij ChipSoft ook heel veel ondersteuning gegeven. We stimuleren dus ook dat informatieveilige gedrag van zorgprofessionals en we zorgen ervoor dat de wettelijk verplichte normen voor

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

informatieveiligheid in het zorgveld worden doorontwikkeld. De inspectie houdt daar ook toezicht op. Ik noemde u net ook al de Cyberbeveiligingswet. Ik denk dat die ook echt een soort vliegwiel kan zijn om te zorgen dat mensen hun zaken op orde krijgen.

De heer Krul vroeg of alle initiatieven die er nu zijn rondom continuïteit en cyberweerbaarheid, mede in het licht van de hack van ChipSoft, voldoende zijn om de zorgprocessen daadwerkelijk te kunnen blijven garanderen. Wat we ook hebben geleerd van de hack bij ChipSoft is dat de continuïteitsplannen inderdaad klaarlagen, waardoor de zorg wel doorgang heeft kunnen blijven vinden. Dat is denk ik ook het positieve wat deze hack naar voren heeft gebracht, maar we moeten ook gewoon lessen trekken uit die gebeurtenissen. We hebben het net al gehad over marktdominantie. Dat is iets wat speelt en dat speelt hier ook. De digitale autonomie van zorgaanbieders moet ook echt versterkt worden. Ik zie het ook als mijn taak om dat in beeld te krijgen en om er met de sector aan te werken. De Cyberbeveiligingswet heb ik al benoemd.

Mevrouw Maeijer vraagt wat ik vind van de suggestie van de Patiëntenfederatie voor een concreet actieplan voor ondersteuning van getroffen en na een datalek. Ik denk dat het ontzettend belangrijk is dat als je als patiënt te horen krijgt dat jouw data mogelijk zijn ontvreemd ... Daar schrik je van, zeker als het om dat soort vertrouwelijke gegevens gaat. Ik denk dat het heel belangrijk is dat we daar aandacht voor hebben in de bescherming van die gezondheidsgegevens. Er is ook eerder door de Tweede Kamer een motie aangenomen waarin ons werd verzocht om te onderzoeken of organisaties een nazorgplicht moeten krijgen na grote datalekken, inclusief een betere communicatie en ondersteuning van getroffen burgers. Die motie ligt niet bij mij, maar bij de staatssecretaris van BZK. Hij heeft toegezegd dit onderzoek uit te voeren en zal de Kamer daar uiterlijk in het derde kwartaal van 2026 over informeren. Ik wil eigenlijk die resultaten afwachten en zal dan kijken of er nog meer nodig is, bijvoorbeeld als het gaat over duidelijke richtlijnen voor communicatie en nazorg daarbij. Ik hoop dat daar in het derde kwartaal meer over bekend wordt.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dan wachten we dat af. Zou de minister dan misschien wel kunnen toezeggen dat ze bij de uitwerking van wat er uit het onderzoek komt, hier met de Patiëntenfederatie specifiek naar gaat kijken op het gebied van de zorg?

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Minister **Sterk**:

Absoluut. Dat zeg ik toe.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Ik heb een vraag over kwantumtechnologie. Ik had het in mijn inbreng erover dat die heel snel gaat. Dat betreft dus de kwantumcyberveiligheid. In 2028 wordt verwacht dat ... Die ontwikkeling gaat exponentieel. Als je kijkt op de pagina van de Rijksoverheid staat dat de Rijksoverheid voor 29% is voorbereid op die ontwikkeling. Mijn eerste vraag is: hoeveel procent daarvan geldt voor onze zorgdata, dat die daartegen bestand gaat raken? We lopen altijd achter, maar we moeten wel voldoende beschermd zijn. De Europese Commissie heeft in een voorstel tot wijziging van de NIS2 ook gezegd dat de overheid zich echt moet wapenen en, zoals we dat noemen, de postkwantumcryptografie moet gaan regelen. Ik ben benieuwd of het ministerie of de minister ermee bezig is om te zorgen dat die 29% op z'n minst richting de 70% gaat en of er rekening wordt gehouden met die hele snelle kwantumontwikkeling. Non-verbaal zie ik dat ik er blijkbaar helemaal naast zit.

Minister **Sterk**:

O, nee. Als u dat zo leest, zeg ik dat dit absoluut niet mijn bedoeling was, meneer Claassen. Ik was een beetje in verwarring omdat dit voor mij een nieuwe vraag is die u volgens mij niet in eerste termijn heeft gesteld. Ik wil graag toezeggen dat ik er dadelijk in tweede termijn even op terugkom. U vroeg ook om percentages. Nou, die heb ik echt niet zo paraat. Ik kom er zo op terug.

Voorzitter. Er waren ook vragen gesteld, onder anderen door de heer Bushoff, over de Wet weerbaarheid kritieke entiteiten. Ik weet dat de heer Bushoff naar mij keek en ook iets over mijn expressie zei op dat moment. Hij vroeg namelijk welke actoren bepalen of een organisatie een kritieke entiteit is. Dat is iets wat wij onder meer ook als ministerie doen wat betreft de zorgsector. Dat zullen wij doen.

Maar de vraag werd ook gesteld -- daar gingen mijn blikken over -- of ik kan vertellen welke dat worden. Dat ga ik dus niet vertellen, want als we dat wel vertellen, is dat ontzettend kwetsbaar. Dat is juist iets wat een soort staatsgeheim is, dus daar gaan we juist niet over communiceren. Wel is het ontzettend belangrijk dat wij die kritieke entiteiten in onze samenleving inderdaad overeind kunnen houden op het moment dat

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

die worden aangevallen of anderszins. Daar kwamen mijn blikken een beetje vandaan. Wij voeren als ministerie een sectorale risicobeoordeling uit. Aan de hand daarvan zullen we vervolgens de meest cruciale organisaties voor het functioneren van maatschappelijke functies of zorgcontinuïteit als een kritieke entiteit aanwijzen. Dat zullen we doen -- daar vroeg meneer Bushoff volgens mij ook naar -- uiterlijk één maand na inwerkingtreding van de wet. Zoals u weet, ligt die nog in de Eerste Kamer.

De heer Bushoff had ook een vraag over wat de NIS2 en de Cbw gaan betekenen voor de kleine zorgaanbieders om aan deze verordening te voldoen. Niet alle zorgaanbieders gaan onder de Cyberbeveiligingswet vallen. Dit wordt bepaald door de omvang en de grootte, ook wel de size cap genoemd. Dat betekent concreet dat kleine zorgaanbieders die minder dan 50 fte hebben, niet onder de reikwijdte van de wet vallen. Wel dienen ze te voldoen aan de NEN 7510. Daarvan heb ik net aangegeven dat we gaan kijken hoe we de kleine zorgaanbieders daar ook beter bij kunnen ondersteunen.

Mevrouw Wiersma en mevrouw Maeijer vroegen hoe we kunnen voorkomen dat de zorginstellingen verder digitaliseren zonder dat de digitale weerbaarheid meegroeit, en daarbij ook weer de vraag hoe kleine zorgaanbieders daarbij worden ondersteund. Volgens mij is het digitaliseren van de zorg net zo belangrijk als het zorgen dat de digitale weerbaarheid meegroeit. Je wilt, nogmaals, veiligheid. Maar ook het vertrouwen in het systeem is cruciaal. Daarom zul je dat ook gewoon op orde moeten hebben. De zorgaanbieders zijn er primair zelf voor verantwoordelijk om dat goed te regelen. Ik noemde net al dat die basale cyberhygiëne daarbij ontzettend belangrijk is. Ik heb u net al een aantal dingen genoemd, zoals Z-CERT, het verhogen van het bewustzijn en hoe we dat doen wat betreft de kennis over de informatieveiligheid. Daar heb ik net al een antwoord op gegeven.

De heer Claassen had ook nog een vraag hoe onafhankelijk de ziekenhuizen zijn. Hij doelde daarbij bijvoorbeeld erop dat sommige ziekenhuizen op het Amerikaanse Epic draaien. Ik zie trouwens dat de heer Claassen niet meer aanwezig is. Hij vroeg of wij het acceptabel vinden dat buitenlandse partijen meekijken. ICT-leveranciers mogen niet meekijken in patiëntdata; het is misschien belangrijk om dat hier ook even te benoemen. Zij kunnen dat in principe niet zien. Zorginstellingen zijn ervoor verantwoordelijk om hierover afspraken te maken met IT-leveranciers en de naleving daarvan te monitoren. Ah, daar is de heer Claassen weer. Daarnaast dient digitale autonomie van zorgaanbieders versterkt te worden. Dat begint bij de contractering door de

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

zorgaanbieders zelf. Ik zei al eerder tegen u dat zorgaanbieders ook een rol hebben als het gaat om de posities van sommige partijen. Dat begint natuurlijk bij de contractering en het valt onder de risicoaanpak uit de NEN 7510. Het wettelijk kader is op orde, maar de uiteindelijke implementatie moet gaan bepalen of het ook echt dat verschil gaat maken. Ik ga ook de zorgaanbieders nadrukkelijker aanspreken op de plicht om dat na te leven. De heer Bushoff had overigens dezelfde vraag op dit punt.

De **voorzitter**:

Dit is het einde van het blok, denk ik?

Minister **Sterk**:

Ja, dit is het einde van het blok.

De **voorzitter**:

Ik zag namelijk een volgend mapje tevoorschijn komen. Daarom wil de heer Bushoff vast en zeker iets zeggen.

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

Ja, ik heb toch nog even een vraag. Ik snap best dat die cruciale organisaties natuurlijk niet voordat we de Wwke hebben, gaan zeggen welke precies dat zijn. Alleen, mijn vraag was er ook op toegespitst dat we nu ook een Wet vifo hebben, de Wet veiligheidstoets op investeringen, fusies en overnames. Die beschermt bijvoorbeeld onze energie-infrastructuur, maar ook banken en telecom, tegen overnames van bedrijven uit bijvoorbeeld niet-bevriende landen, zoals we die noemen. Denk daarbij aan China, Rusland, Iran et cetera. Onze zorginstellingen, maar ook de data-aanbieders van zorginstellingen, vallen daar echter nog niet onder. Mijn vraag was eigenlijk of die daar straks onder kunnen vallen met het aannemen van die andere wet, namelijk de Wwke. Is de minister voornemens om die daaronder te laten vallen?

Minister **Sterk**:

Ja, we zijn nu inderdaad in overleg met EZ, omdat zorg niet onder de Wet vifo valt. We zijn aan het kijken of we die daar wel onder kunnen brengen. Dat is inderdaad iets waar we met het ministerie van EZK mee bezig zijn.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

De **voorzitter**:

Duidelijk. U bent door uw interrupties heen, meneer Bushoff. Dan weet u dat. Even kijken. Het laatste inhoudelijke blokje, over data en AI.

Minister **Sterk**:

Ja, ik heb nog het blokje data en AI en ook een blokje overig.

De **voorzitter**:

Check.

Minister **Sterk**:

Dan ga ik nu verder met het blokje data en AI. Mevrouw Wendel pleitte voor eenheid van taal. Het is natuurlijk ontzettend belangrijk dat je begrijpt wat de ander zegt, om het maar even heel plat te zeggen. We hebben afgesproken dat we toewerken naar SNOMED CT, een zeer breedgedragen veldnorm. We zijn hard bezig om dat te borgen, ook in samenspraak met de koepels, met de partners en met de experts. We hebben daarvoor ook een veldteam opgericht, waarmee we samen de randvoorwaarden creëren voor een eenduidige en vlotte implementatie. Nictiz heeft samen met dat veldteam een overkoepelend implementatieplan opgesteld. Sectoren krijgen op dit moment ondersteuning bij het opstellen van referentiesets. Dat zijn subsets van klinische concepten uit SNOMED CT. Het wordt nu wel weer heel technisch, maar ik zeg dit maar even om aan te geven dat er hard aan gewerkt wordt en dat wij vanuit het Rijk het veld nadrukkelijk ondersteunen om dat goed in de epd-systemen geïmplementeerd te krijgen. Het is echter belangrijk dat zorgaanbieders dat ook zelf gaan doen. Daar staat of valt het mee.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Mag ik hierover een vraag stellen?

De **voorzitter**:

Jazeker, dat mag altijd.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Dan blijven we bij het thema. Anders wordt het dadelijk voor mensen thuis ook wel lastig en vragen zij zich af: waar komt die Claassen ineens met die vraag vandaan? We hadden het namelijk over SNOMED en daar gaat mijn vraag over. In een ander debat, met een andere minister, hadden we het over SNOMED CT. Toen zei ik dat het goed zou zijn om de NANDA, een classificatiesysteem dat verpleegkundigen in de westerse wereld gebruiken, te implementeren in SNOMED. Toen zei de toenmalige minister dat dat eigenlijk niet kon, dat het niet haalbaar was en dat het allemaal "moeilijk, moeilijk" was. De minister ontraadde de motie die ik daarover had ingediend. Tot mijn verbazing kreeg ik een paar maanden later het bericht, onder anderen van degene die over SNOMED gaat: we hebben het voor elkaar gekregen om de NANDA te implementeren. Hoe werkt dat bij VWS? Kijk, Gods wegen zijn ondoorgrondelijk, maar die van VWS volgens mij ook. Er wordt dus een motie ontraden, die het daardoor niet haalt, terwijl een paar maanden later de NANDA gewoon onderdeel gaat worden van SNOMED. Dan ben ik de weg kwijt en VWS hopelijk niet.

Minister **Sterk**:

Ik heb even het antwoord ingefluisterd gekregen dat de NANDA daarna is gekomen en dat die nu geïncorporeerd gaat worden in SNOMED CT. Ik stel voor dat ik er in tweede termijn nog even op terugkom, want anders ga ik misschien hele gekke dingen zeggen; dat moeten we hier niet hebben.

Voorzitter. De heer Claassen vroeg of de minister met bindende afspraken komt die gevalideerd zijn binnen het Informatieberaad en met de beroepsgroepen zelf. Ik betrek inderdaad het Informatieberaad Zorg om mij te adviseren en om met hen af te stemmen hoe we kunnen komen tot uitvoerbare landelijke afspraken. In de uitwerking van de EHDS worden momenteel ook afspraken gemaakt over het gebruik van terminologiestandaarden voor het Europese uitwisselformat. Ik zet me er in de onderhandelingen in Europees verband voor in om onder andere SNOMED CT als standaard te gebruiken. Die afspraken worden in maart 2027 opgeleverd. De mogelijke Nederlandse verplichtingen moeten daarmee in lijn zijn.

Mevrouw Wendel vroeg: "Hoe komt het nou dat zorgverleners zo weinig enthousiast zijn over de digitale zorg? Gebeurt het dan wel op de juiste manier?" Ik herken eerlijk gezegd niet geheel het beeld dat er geen enthousiasme is, want ik heb de afgelopen tijd

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

ook best wel heel veel zorgprofessionals gesproken die wél enthousiast zijn, bijvoorbeeld een huisarts die spraaktechnologie toepast in haar praktijk, waardoor ze niet een heel rapport hoeft te schrijven en er eigenlijk veel meer tijd overblijft om met haar cliënten te kunnen spreken. Maar het is natuurlijk wel zo dat digitale zorg gewoon een andere manier van werken en voldoende aandacht in opleidingen vraagt, want voordat je weet hoe zoiets werkt ... Ik weet niet hoe het gaat als u een nieuwe vaardigheid leert, maar bij mij duurt het altijd even voordat ik er ook echt van kan genieten, om het zo maar te zeggen. Ik denk dat dat eigenlijk ook geldt in de zorgsector. Daar moeten we gewoon nog heel veel op inzetten. Daarnaast moeten we ook voorwaarden als kwaliteit en veiligheid en voorwaarden op het gebied van financiering en databeschikbaarheid goed regelen. Daardoor ligt de adaptatiesnelheid, dus de mate waarin je je snel kunt aanpassen aan het gebruik van dat soort middelen, soms ook laag. We hebben wel een aantal instrumenten in het IZA en het AZWA die daarbij ondersteunen. Dat gaat dan met name om instrumenten voor de langdurige zorg, bijvoorbeeld Digizo.nu. We hebben ook de speciale coalitie Digivaardig in de zorg, die daar ook aan bijdraagt.

Mevrouw Wiersma vroeg hoe we nou zorgen dat de landelijke standaarden ook werkbaar worden op de werkvloer. Dat doen we dus door ze samen met de organisaties te maken, juist ook in gesprek over de vraag: kunnen we hier in de praktijk wat mee? We werken daarvoor nu ook aan een leidraad voor de eindgebruiker. Dat moet een hulpmiddel zijn bij het uitwerken en implementeren van die standaard. Die is dus vooral voor degenen die er mee moeten gaan werken.

Mevrouw Maeijer had nog een vraag over de aanbevelingen die voortkomen uit de monitor, zoals het blijven ondersteunen van de toegankelijkheid van digitale zorg en het ondersteunen van zorgverleners. Dat zijn allemaal belangrijke aanbevelingen. Vanuit de akkoorden heb ik in de Intensiveringsagenda Digitale en Hybride Zorg afspraken gemaakt over onder andere digitale vaardigheden en inclusie. Voor de optimale benutting van digitale zorg in het belangrijk dat zorgverleners en patiënten, cliënten en burgers vertrouwen hebben in het gebruik ervan door professionals. Daarom ondersteunen we de gebruikers via de AZWA-afspraken over de Helpdesk Digitale Zorg, de Alliantie Digitaal Samenleven en -- ik zei het al -- de coalitie Digivaardig in de zorg. De heer Vervuurt vroeg of ik kan toezeggen dat ik ga onderzoeken of ik kan komen tot een concrete meerjarige digitalezorgagenda met duidelijke doelen. Kortweg kan ik

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

inderdaad zeggen: ja, dat kan ik doen. Wij gaan eerst kijken naar de evaluatie die plaats gaat vinden. Ik probeer het antwoord wat in te korten, voorzitter, maar ik geloof dat het niet helpt. Ik ga er toch maar even wat meer tekst aan wijden. We zijn bezig met de nadere uitwerking van beleid en regelgeving. Daarbij gebruik ik de geprioriteerde categorieën van de EHDS als basis. Onze nationale doelen moeten bijdragen aan toekomstgerichte zorg. Die vullen daar ook een aanvulling op voor zover die in lijn zijn met de EHDS. De Wegiz zet ik nu in om voortgang te blijven boeken. Die bereidt immers ook voor op de EHDS door te werken aan de interoperabiliteit en de standaardisering in testfaciliteiten.

Dat betekent voor de tijdlijn dat wij concreet de wettelijke verplichting voor de eOverdracht in 2028 in werking laten treden. Voor de Basisgegevensset Zorg en Acute Zorg als nationale aanvulling laten we die tegelijk ingaan met de verplichtingen uit de EHDS, in 2029. Voor Medicatieoverdracht als nationale aanvulling laten we die tegelijk ingaan met de verplichtingen uit de EHDS. Dat gebeurt dan in 2029 en in 2031. Wat betreft de Beeldbeschikbaarheid onderzoek ik of er een nationale wettelijke verplichting gerealiseerd kan worden die vooruitloopt op de EHDS in 2031. Ik kan me echter voorstellen dat u het graag nog een keer op papier heeft, want dit is wel heel veel informatie. Dat komt dus nog een keer in een brief.

De voorzitter:

Dat is prima. Dit noteren we even als toezegging, maar hoe gaat die brief met zo veel afkortingen heten?

Minister Sterk:

Ik kom er in de tweede termijn even terug op de vraag welke brief we daar precies mee bedoelen.

De voorzitter:

Oké. Er komt dus een brief waarvan we de titel krijgen in de tweede termijn. Helder. Ga maar door.

Minister Sterk:

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Er wordt mij ondertussen ingefluisterd dat ik afgelopen week al een brief heb verstuurd over de EHDS. Daarin staan deze dingen ook genoemd.

De voorzitter:

Er is al een EHDS-brief gestuurd waar dit allemaal al in staat. We gaan geen papier verbruiken dat niet nodig is.

Minister Sterk:

Dan trek ik mijn toezegging terug, voorzitter.

De voorzitter:

Oké, gaat u door.

Minister Sterk:

Nog twee vragen. Wat is de stand van zaken van het programma AI in de zorg? Er is een werkgroep ingericht. Daar doen achttien koepels aan mee die het AZWA of het HLO hebben ondertekend. De werkgroep focust zich in eerste instantie op twee toepassingsgebieden: het spraakgestuurd rapporteren, waar ik net al een voorbeeld van gaf, en de capaciteitsplanning. Dat willen we later gaan uitbreiden naar andere toepassingsgebieden. Ik heb al eerder toegezegd dat ik u ga informeren over de laatste stand van zaken. Dat volgt na de zomer. Wat betreft AI vind ik het echt iets moois dat we in Nederland de AI-fabriek hebben. We hebben net allemaal aan AI gerefereerd. AI kan natuurlijk een enorme versnelling en een verbetering van de kwaliteit van zorg geven. In Nederland hebben we gewoon een heel mooi initiatief daarvoor. Dat is de AI-fabriek in Groningen, die daar ook als een soort versneller in werkt. Wat betreft dataveiligheid is het heel fijn dat we een deel dat AI betreft gewoon in Nederland houden.

Ten slotte had mevrouw Maeijer nog een vraag over het gebruik van de PGO. Ze zei dat dat achterblijft en vroeg hoe we ervoor gaan zorgen dat meer mensen daar gebruik van gaan maken. Het klopt inderdaad dat sommige mensen daar negatieve ervaringen mee hebben. Een van de belangrijkste klachten is dat het moeilijk is om data op te halen.

Daarom werk ik aan de "vertrouwde authenticatiedienst" en de pseudoniemenreferentieservice -- mijn excuses voor de ingewikkelde termen. Het is de bedoeling dat je daarmee in één keer je data kan ophalen. Ik ga ervan uit dat dat het

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

gebruiksgemak voor mensen vergroot. Wij zijn op dit moment bezig om drie van de leveranciers die zo'n PGO-systeem aanleveren, uit te laten zoeken hoe we het nog bruikbaarder kunnen laten maken, want het kan inderdaad beter.

Dat was het einde van dit blokje, voorzitter.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Volgens mij heb ik nog één interruptie.

De **voorzitter**:

Ja, zeker.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Ik vroeg de minister naar de opvolging van de aanbevelingen uit de Monitor Digitale Zorg. Ze verwees in haar antwoord naar een aantal programma's waarin het een en ander wordt opgevolgd. Een van de aanbevelingen is bijvoorbeeld: meer inzicht krijgen in barrières bij onderbenut gebruik van digitale zorg. In de Monitor Digitale Zorg gaat het dan inderdaad over de PGO, maar ook over bijvoorbeeld videoconsult. Daarin wordt eigenlijk in zijn algemeenheid de aanbeveling gedaan om bij onderbenut gebruik te kijken naar de oorzaken, zodat die barrières eventueel kunnen worden weggenomen en gekeken kan worden wat de ervaringen hiervan en redenen hiervoor van zorggebruikers zijn. Ik vroeg me af of de minister van plan is om daar meer inzicht in te krijgen door middel van onderzoek.

Minister **Sterk**:

Ik vraag even of ik daar in de tweede termijn op terug mag komen. Ik dacht dat het antwoord hiertussen zat, maar dat zit hier niet tussen. U krijgt dat antwoord dus in de tweede termijn.

Voorzitter, mag ik door naar het volgende blokje? Dat is het blokje overig. Ik heb nog een paar antwoorden op resterende vragen.

De heer Krul vroeg hoe de uitwerking van de coalitieafspraken rondom de landelijk dekkende infrastructuur eruitziet. Zoals dat ook gevraagd is, stuur ik nu aan op een landelijk dekkend netwerk. Dat moet die bestaande infrastructuren met elkaar verbinden. We gaan dus niet een heel nieuw systeem aanleggen. We willen vooral de wegen die er

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

al liggen beter met elkaar verbinden, zodat het makkelijker wordt om via die wegen de data uit verschillende bronnen samen te brengen. Daarvoor moet je allemaal dezelfde verkeersregels hanteren, want anders gaat het niet goed. Het gaat natuurlijk ook over de organisatie, de juridische borging en de techniek. Je moet ook dezelfde taal spreken en dezelfde kwalificaties gebruiken als je over die netten heen gaat reizen.

Daarom laat ik voorzieningen ontwikkelen zoals de generieke functies. Zo kan iedereen zich op dezelfde manier in de identificatie en authenticatie aangeven. Dat gaat ook over loggen en over een set van afspraken en standaarden om de juiste gegevens op het juiste moment op de juiste plek te krijgen. We willen daarmee de versnippering in oplossingen tegengaan. Er zijn op dit moment namelijk allerlei verschillende kwaliteitsstandaarden en daar willen we meer eenheid in aanbrengen. Ik tref ook nationale voorbereidingen voor de verplichtingen vanuit de EHDS. Op die manier geven wij invulling aan de landelijke infrastructuur.

Daarbij moeten we inderdaad voorkomen dat die nieuwe systemen leiden tot meer administratieve lasten of afhankelijkheden. Dat was een andere vraag van de heer Krul. Juist zo'n nationaal netwerk, waarmee iedereen op dezelfde manier aan dezelfde landelijke standaarden en afspraken gaat voldoen, gaat als het goed is leiden tot afname van de administratieve lasten.

Voorzitter. De heer Claassen vraagt wanneer er een serieus plan komt voor een nationaal patiëntdossier op Nederlandse cloud en jurisdictie. Het klinkt misschien een beetje onaardig, maar dat komt er dus niet. Ik zie al dat u dat begrijpt uit alles wat we hier al eerder over hebben gewisseld.

De heer Claassen vraagt ook hoe ik voorkom dat er achter de schermen risicoselectie en profilering plaatsvindt. Op grond van de AVG is risicoselectie en profilering alleen onder strikte voorwaarden toegestaan. Daar moet dan een wettelijke basis voor zijn. Die is hier gewoon niet van toepassing. Dat is in principe het antwoord.

Als laatste heb ik nog een vraag van de heer Krul over het amendement dat is ingediend bij de Wet kwaliteitsregistraties zorg. Hij vraagt hoe we die uitkomsten daadwerkelijk gaan benutten. Dat gaan we doen door feedback van de zorgaanbieders te laten evalueren. Op basis daarvan koppelen we die minstens één keer per jaar terug naar de zorgaanbieders en kunnen we ervoor zorgen dat de inzichten uit de kwaliteitsregistraties in de praktijk worden gebruikt. Dat gaat bijvoorbeeld over specifieke patiëntpopulaties met gegevens over aandoeningen, zorgtypen en eventuele complicaties.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Voorzitter. Volgens mij ben ik hiermee aan het einde van de beantwoording van de vragen in eerste termijn.

De voorzitter:

Ik wil u complimenteren met het feit dat u het tempo erin heeft gehouden, dat u heeft geprobeerd om de vragen zo goed mogelijk te beantwoorden en dat u heeft geprobeerd ervoor te zorgen dat we in ieder geval niet helemaal uit de tijd lopen.

Ik heb nog wel een opmerking. In het vervolg zou ik bij dit soort onderwerpen graag het volgende zien. Ik heb heel veel afkortingen gehoord. Dat is een algemeen aandachtspunt. Het zal geen probleem zijn voor degenen die dit debat volgen op de tribune, maar we weten niet wie verder dit debat allemaal hebben gevolgd. Dit is altijd een aandachtspunt, maar ik snap dat het bij dit onderwerp hoort.

Ik kijk even rond: gaan we gelijk door met de tweede termijn of is er nog behoefte om even te schorsen? Nee, er is geen behoefte aan een schorsing. Dan gaan we gelijk door met een korte tweede termijn. Daarna schorsen we heel kort, waarna we doorgaan met de tweede termijn van de zijde van het kabinet.

Ik geef gelijk mevrouw Wendel als eerste het woord.

Mevrouw Wendel (VVD):

Dank, voorzitter. In mijn eerste termijn ging ik in op eenheid van taal. Ik zat hier een tijdje aandachtig te luisteren en toen dacht ik: goh, misschien wordt het ook tijd voor versimpeling van taal. Toen dacht ik: tja, een VWS-debat in B1 wordt misschien ook lastig. Het lijkt me echter wel een mooie uitdaging voor ons allen voor een volgende keer.

Ik wil de minister bedanken voor haar beantwoording. Ik heb bij een aantal punten waar wij ons hard voor hebben gemaakt -- ik vat het even samen -- gehoord dat de minister ermee aan de slag gaat. Ik hoop dan ook de voorstellen snel in de Kamer te zien, zodat we verder kunnen met de digitale ontwikkelingen in de zorg. Ik heb geen verdere vragen meer.

Dank.

De voorzitter:

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Ik geef het woord aan de heer Claassen, en zeg daarbij dat u niet hoeft te zeggen dat er nog vragen beantwoord gaan worden in de tweede termijn. Die gaan er namelijk komen. Uw tweede termijn.

De heer **Claassen** (Groep Markuszower):

Voorzitter. Ik heb nog een iets groter dingetje en twee kleine dingen.

Ik heb nog een vraag: kan de minister garanderen dat er geen backdoors zitten in systemen als Epic of ChipSoft als je die afzet tegen bijvoorbeeld de CLOUD Act? De CLOUD Act verplicht bedrijven dat, ook al staan servers op Europees grondgebied, toegang tot data gegeven moet worden zonder rechterlijk bevel. Dat kan dan gebeuren door bijvoorbeeld veiligheidsdiensten. De sleutel ligt dus aan de andere kant van de oceaan, ook al staan de servers in Europa. Kan de minister dit uitsluiten? Zou de minister ons daarover willen informeren? Dat hoeft niet nu, maar dat kan misschien later in een brief die gaat komen.

Het tweede: kan de minister het volgende toezeggen? Ik praat niet graag feitenvrij. We hebben het over de ambulance-incidenten gehad. De ambulancedienst vindt daar wel wat van, maar heeft geen kwantitatieve data. Zou de minister kunnen toezeggen daar eens naar op zoek te gaan en de Kamer daarover te informeren?

Ten derde hebben we uitgebreid stilgestaan bij opt-in en opt-out. Ik vind het terecht dat we daar een goede discussie over hebben. Ik zag dat de Verzamelwet gegevensverwerking VWS II.b aanvankelijk als hamerstuk stond geagendeerd. Collega Maeijer heeft die gelukkig onthamerd. Hopelijk ben ik de tweede spreker in dat debat. Het is misschien goed om dat debat te voeren nadat wij de uitwerking over de inzichten over opt-in en opt-out -- de minister gaf aan dat die er komt -- hebben ontvangen. Het lijkt me goed dat we eerst dat doen en daarna het debat over VWS II.b voeren. Anders wordt het een hele lastige discussie. Dat zou ik hier mee willen geven. Hopelijk luistert er iemand mee die hier iets over te zeggen heeft; God weet wie dat is.

Omdat we de minister misschien wat sturing zouden willen geven, zou ik meteen een tweeminutendebat willen aanvragen.

Dank je wel, voorzitter.

De **voorzitter**:

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Dank u wel. Er is zojuist een tweeminutendebat aangevraagd door de heer Claassen van Groep Markuszower. De volgende spreker van de zijde van de Kamer in tweede termijn is mevrouw Maeijer.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Dank u, voorzitter. Dank ook aan de minister voor de beantwoording. Zoals we volgens mij allemaal in de eerste termijn hebben aangegeven, is gegevensdeling in de zorg belangrijk, maar moet de patiënt regie houden over zijn of haar gegevens. Die gedeelde gegevens moeten veilig zijn.

De minister geeft aan dat de brief over de opt-out na de zomer komt. Kan zij misschien iets zeggen over wat voor soort brief dat wordt? Wordt dat een mededeling met een besluit aan de Kamer of mogen we ook nog meepraten over hoe die opt-out er dan uit zou komen te zien?

Dank ook aan de minister voor de toezegging om de Patiëntenfederatie te betrekken bij de uitkomsten van het onderzoek over nazorg bij datalekken. In het verlengde daarvan: ik bedoelde hiermee of ze de Patiëntenfederatie ook kan betrekken bij de opvolging daarvan. Dat was uiteindelijk hun verzoek, als ik dat even op mijn manier interpreteer. Ik wacht het antwoord af op de vraag over de opvolging van de aanbeveling die voortkomt uit de digitale monitor, om inzicht te krijgen in de belemmeringen die er zijn bij het gebruik van digitale zorg.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dit is de tweede termijn. Ik sta maximaal één interruptie toe. Meneer Van Houwelingen heeft een vraag richting de PVV.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Ja, een hele korte vraag. Ik ben benieuwd hoe de PVV tegenover een absolute opt-out staat, dus dat er nooit, ook niet in het geval van onderzoek of een pandemie, toegang is tot gegevens. Hoe kijkt mevrouw Maeijer daartegen aan?

De **voorzitter**:

Uw vraag is helder.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Mevrouw **Maeijer** (PVV):

Volgens mij ben ik daar vrij duidelijk over geweest. Wij hebben altijd gepleit voor een opt-in. We hebben het nu over een opt-out, waarmee je dus actief bezwaar moet gaan maken. Wat mij betreft is een opt-out een opt-out, is een keuze een keuze die gemaakt is.

De **voorzitter**:

Het woord is aan de heer Vervuurt voor zijn tweede termijn.

De heer **Vervuurt** (D66):

Dank u wel, voorzitter. In de eerste termijn heb ik gesproken over de kansen die wij als D66-fractie zien in digitalisering. Ik heb een paar van die kansen benoemd. Ik denk dat het goed is dat we juist in het zorgsysteem, dat onder druk staat -- dat zei ik eerder al -- met personeelstekorten en dergelijke, zo veel mogelijk kansen grijpen. Wat ik vandaag van meerderen uit de Kamer heb gehoord -- dat doet mij goed -- is dat wij daarin dezelfde risico's zien. Niemand is blind voor die risico's, maar men zegt toch ook: digitalisering biedt wel kansen. Dat vind ik mooi.

De risico's, met name die in het kader van de gezondheidshacks waarnaar verwezen is, zijn evident. Die kan de minister denk ik ook niet wegnemen. Dat ga ik ook absoluut niet van haar vragen. Dat is een gegeven waarmee wij moeten leven. Maar we moeten er wel voor zorgen dat de beveiliging zo goed mogelijk is en dat mensen daarvan op aan kunnen. Dat er dan weleens iets gebeurt, snapt volgens mij iedereen wel. Maar we moeten het aan de voorkant zo goed mogelijk inregelen dat het zo min mogelijk gebeurt. Als het gebeurt, moeten mensen weten waar ze van op aan kunnen. Daar heb ik goede woorden over gehoord van de minister. Ik hoop dat we daar na de zomer meer over te horen kunnen krijgen. Daarin schieten we op dit moment allemaal tekort, denk ik. Het is een beetje gegaan over de acute zorg, over wel of geen 70.000 ambulanceritten. Ik zou bijna willen zeggen: ieder geval is er één te veel. De minister heeft gezegd dat de regeling om dit af te vangen verwerkt wordt in het tweede plateau van de EHDS. Als ik het goed heb, komt dat ergens in 2029. Als je zegt "elk geval is er één te veel", dan gaat het om drie jaar waarin er te veel gevallen gaan plaatsvinden. Ik zou willen vragen: ziet de minister ook een mogelijkheid om daar op korte termijn nog iets aan te doen?

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Mijn andere vragen bewaar ik voor de tweede termijn van de minister.

De **voorzitter**:

Nou, we gaan niet nog een heel debat voeren. Misschien is het tweeminutendebat een betere mogelijkheid hiervoor, zeg ik even tegen de heer Vervuurt. Meneer Bushoff, uw tweede termijn.

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

Dank u wel, voorzitter. Een paar dingen. Eén: ik kijk uit naar de brief die de minister heeft toegezegd, waarin ze verder ingaat op ICT-aanbieders in de zorg en op de vraag hoe de markt daarvoor verbeterd kan worden. Ik ben benieuwd of de minister in die brief ook kan schetsen in welke mate er sprake is van lock-ins, dus in welke mate het heel moeilijk is voor zorgaanbieders om over te stappen naar een andere aanbieder en wat we daartegen kunnen doen. Ik hoop dat ze daar in die brief uitvoerig op kan ingaan. Dat is één.

Voorzitter. Twee: databeveiliging. De minister zei dat als het gaat om NIS2, dit alleen geldt voor aanbieders met meer dan 50 fte in dienst. Ik vraag me af of de aanbieders ertoe in staat zijn om daaraan te voldoen. Is dat de verwachting? Als ze daar nog ondersteuning bij nodig hebben, wat is daar dan eventueel voor beschikbaar? Is het ministerie eventueel bereid om daarin ondersteuning te leveren? Hoewel dit natuurlijk primair een verantwoordelijkheid van die organisaties is, kan ik me voorstellen dat enige ondersteuning, ook in ons algemene belang, niet heel gek zou zijn. Wat kan de minister daaraan doen?

Drie. Ik kijk ook uit naar de herziening van de Wet vifo. Ik hoop dat we er op korte termijn voor kunnen zorgen dat de kritieke digitale infrastructuur in de zorg en zorgaanbieders tot op zekere hoogte onder de Wet vifo kunnen vallen.

Tot slot, voorzitter. Ik denk dat ik het gemist heb. Mocht de minister het toch hebben gezegd, dan mijn excuses daarvoor. Maar ik had ook nog gevraagd naar de hack bij het baarmoederhalskankeronderzoek. We lopen daardoor echt achter in het aantal mensen dat uitgenodigd wordt. Ik hoorde de minister er wel wat over zeggen, dus het kan zijn dat ik het gemist heb, maar hoe gaan we dat precies inlopen? Daar was ik nog benieuwd naar.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

De **voorzitter**:

Wel opletten, hè, meneer Bushoff?

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

Ja, dat kan het zijn! Ik zei ook: het kan zijn dat ik het gemist heb. Dan alvast mijn excuses. Dan ga ik het terugkijken. Maar: Hoe gaan we het inlopen? Gaan we het op korte termijn inlopen? Wat gaan we er extra voor doen? Daar had ik nog wat weinig over gehoord, dacht ik.

De **voorzitter**:

U kunt het beter terugluisteren, is mijn advies. De minister mag altijd nog zelf weten of ze iets wil toevoegen aan wat ze heeft gezegd, maar volgens mij was het vrij uitvoerig. Meneer Van Houwelingen, uw tweede termijn.

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

Dank. Veel dank aan de minister voor de beantwoording. Voor ons is het belangrijkste punt, als het om de European Health Data Space gaat, dat een absolute opt-out mogelijk is, dus zonder doorbrekingsmechanismes. Ik begrijp dat de minister daar nog even over wil nadenken en dat ze er in de brief na de zomer mee komt. Nou, oké. Het volgende zou echter nu al duidelijk moeten zijn. Voor ons is het ook belangrijk om te weten. We willen namelijk moties indienen en voor de beoordeling van die moties moeten we het weten. Dit is dus mijn laatste vraag aan de minister. Kan ze in ieder geval voor het tweeminutendebat een antwoord naar de Kamer sturen op de vraag of de Europese verordening het toelaat? Misschien kan het in een brief. Dat zouden we nu alvast moeten kunnen weten; dat moeten we nu kunnen uitzoeken. Laat die verordening het toe dat wij als Nederland ervoor kiezen om helemaal geen doorbrekingsmechanismes op te nemen? Kan dat? Is dat een optie? Dat blijft onduidelijk in wat ik hoor. Dat is mijn vraag. Is hij duidelijk genoeg, voorzitter? Ik vraag het even via u aan de minister.

De **voorzitter**:

Ik ga niet over de vraagstelling van uw fractie. Ik zou niet durven!

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

De heer **Van Houwelingen** (FVD):

De vraag was voor u duidelijk, toch? Dat hoop ik.

De **voorzitter**:

Doorgaans wel! Nee, ik ga u niet recenseren. U gaat over uw eigen vragen. We schorsen tien minuten, tot 15.46 uur. Ik hoor de minister iets zeggen. Oké, ik schors tot 15.50 uur.

De vergadering wordt van 15.38 uur tot 15.47 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik heropen de vergadering. We zijn gekomen bij de tweede termijn van de zijde van het kabinet. Er liggen nog vragen die beantwoord zouden worden. Ik geef de minister het woord.

Minister **Sterk**:

Dank u wel, voorzitter. Dat betreft de vraag van de heer Claassen over kwantumcrypto. Ik wil u toezeggen dat ik die meeneem in de brief over cyber- en informatieveiligheid, die na de zomer komt. Dat doe ik ook met de vraag die u in de tweede termijn stelde over de garantie dat er geen backdoors in de systemen zitten. Het lijkt me ook de plek om u er in dat kader over te informeren.

U had een vraag over SNOMED en NANDA. In 2018 heeft het Informatieberaad besloten om in te zetten op landelijke implementatie van drie systemen. Dat zijn SNOMED, LOINC -- dat gaat over de uitwisseling van labgegevens, zeg ik maar even voor de kijkers -- en FHIR. Die standaarden, en zeker SNOMED, hebben een samenloop met andere standaarden, zoals inderdaad NANDA -- dat gaat over verpleegkundige verslaglegging -- en de ICD-11. Met name de samenloop met het ICD-11-systeem en de implementatie van SNOMED hebben in eerste instantie onze prioriteit gehad. Inmiddels heeft de organisatie van SNOMED in maart van dit jaar afspraken gemaakt om met NANDA samen te gaan werken. ActiZ, de vereniging voor verplegend personeel en de vereniging voor verpleegkundigen met een "i" in hun pakket, dus specifiek zij die over informatie gaan, werken nu samen om de verbinding

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

tussen verpleegkundige kwalificatiesystemen te onderzoeken en die samen met SNOMED te kunnen leggen. Ik hoop dat dat nu wel een antwoord op uw vraag is. U vroeg ook of we de wetsbehandeling binnenkort, waar we het ook over de opt-out hebben, niet even kunnen uitstellen, zodat we het eerst hier over de opt-out kunnen hebben. Sorry. Ik maak het volgens mij veel verwarrender, maar we hebben het over twee soorten opt-outs. De opt-out waar wij het hier vandaag over hebben, gaat over een opt-out van een burger die vraagt om bepaalde gegevens niet te delen. De opt-out die in die wet staat, gaat over de uitwisseling tussen de GGD'en en het RIVM over het Rijksvaccinatieprogramma. Dat is dus echt een ander type opt-out. Het is natuurlijk altijd aan de Kamer om te besluiten wanneer ze zaken behandeld wil hebben, maar ik denk dat het wel goed is dat u deze informatie heeft.

Mevrouw Maeijer had nog een vraag over de brief over de opt-out die ik u heb toegezegd. Die brief zal een uitwerking zijn van het beleidsvoornemen waarmee we duidelijkheid willen geven over hoe we dit in die implementatiewetgeving willen vormgeven. Ik maak dus al wel een keuze. U vroeg namelijk of we het daar nog met elkaar over kunnen hebben. De wetgeving om dat te verankeren volgt later. Er is in die zin dus nog wel alle ruimte om met elkaar een debat over de uitwerking te voeren. U vroeg ook of ik de Patiëntenfederatie wil betrekken bij de nazorgplicht. Dat wil ik uiteraard doen.

De heer Vervuurt had een vraag over medicatieoverdracht. Ik ben het helemaal met u eens dat het belangrijk is om dat zo snel mogelijk te implementeren. Het klinkt inderdaad wel heel ver weg als je zegt: dan hebben we het in de tweede tranche geregeld. We werken er daarom op dit moment hard aan om dat zo snel mogelijk gereed te krijgen. Bij het verplichten van de uitwisseling van medicatiegegevens zal wel rekening moeten worden gehouden met die EHDS-verplichtingen. Dat moet namelijk uiteindelijk samen gaan oplopen. Het goede nieuws is dat er volgende week een allereerste kleine livegang is in een bepaalde regio, waarmee we in de praktijk gaan brengen welke vorderingen er nu precies zijn gemaakt. De lessons learned daarvan maken ook dat we weer sneller kunnen gaan opschalen. Er wordt dus hard aan gewerkt.

De heer Bushoff had vragen over de lock-ins. Ik wil u toezeggen dat ik daar in de brief over de zorgmarkt even expliciet op terugkom.

U vroeg ook of we de zorgaanbieders met een wat grotere omvang die moeten voldoen aan de NIS2-wetgeving kunnen ondersteunen. Daar hebben we expliciet de instelling Z-

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

CERT voor. Daarnaast organiseren we ook allerlei bijeenkomsten en webinars. We hebben het eigenlijk over best grote zorgaanbieders. Je zou dus hopen dat zij dat ook wel moeten kunnen.

Mevrouw Maeijer vroeg nog of we de uitkomsten van de monitor meenemen. Ja, die nemen we mee. In overleg met Pharos en de Vliegwielfcoalitie kijken we ook of er nog extra onderzoeken nodig zijn.

Ten slotte nog de vraag van de heer Van Houwelingen over het doorbrekingsmechanisme van de opt-out. De EHDS laat aan lidstaten over of en hoe ze dit willen regelen. Ik onderzoek op dit moment ook hoe wij ernaar kijken als kabinet. Ik zal u na de zomer informeren over hoe we dat uiteindelijk willen.

De voorzitter:

Dan laat ik nog enkele interrupties toe in de tweede termijn van het kabinet. De heer Van Houwelingen mag eerst en daarna de heer Claassen.

De heer Van Houwelingen (FVD):

De minister zei zojuist "of". Als ik het antwoord dus goed begrijp, laat de Europese verordening ook toe dat we geen doorbrekingsmechanisme opnemen. Dat is de absolute opt-out. Oké. Dat is heel fijn om te horen. Dank.

Minister Sterk:

Even voor de scherpste: daarmee zeg ik niet dat dat is hoe we het gaan doen. Daar wil ik me namelijk nog over buigen.

De voorzitter:

Dat is dan opgehelderd.

De heer Claassen (Groep Markuszower):

Misschien was ik niet zo alert als collega Bushoff de vorige ronde. Ik had nog een vraag over de incidentgegevens ten gevolge van het niet uitwisselen van gegevens in de acute zorg en ambulancezorg.

Minister Sterk:

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Dan moet ik me eigenlijk een beetje uitspreken over de portefeuille van mijn collega. Ik zal in ieder geval onder haar aandacht brengen dat u dit graag wilt. We nemen dat in ieder geval mee.

De voorzitter:

Ik neem aan dat u uw collega op hetzelfde departement bedoelt.

Minister Sterk:

Minister Hermans.

De voorzitter:

Ja, check. U heeft inderdaad een heleboel collega's. Daarom zei ik het. Voor je het weet komt het bij lenW terecht. Dat weet je niet. Alles kan.

Ik zie dat er geen andere interrupties zijn. Dan zijn we aan het einde gekomen van dit commissiedebat. Voordat ik echt aan het einde kom, benoem ik de toezeggingen die zijn gedaan. Ik begin met het feit dat de heer Claassen namens Groep Markuszower een tweeminutendebat heeft aangevraagd. Dat geleiden we bij dezen door, zodat dat ergens gepland gaat worden. Ik denk dat dat nog voor het zomerreces moet lukken. Maar het is al best een volle agenda, dus we gaan het meegeven.

Dan komen we bij de volgende punten. Ik vraag zowel de Kamerleden als de minister om even mee te luisteren of de toezeggingen zijn zoals ze zijn beloofd of verwacht.

- Eén. Na de zomer ontvangt de Kamer een brief over een wetsvoorstel dat toezicht gaat regelen op aanbieders die momenteel nog buiten de reikwijdte van de ACM vallen.

Dat was het, toch?

Minister Sterk:

Dat is een brief van de minister van EZK.

De voorzitter:

De verwachting is dat die brief in ieder geval komt. Dat is goed. Het is een kabinetsbrief en u spreekt met één mond. Helder. Check.

- Twee. In een volgende voortgangsbrief van minister Sterk volgt nadere informatie over ICT-zorg, leveranciers en de databeschikbaarheid.

1f87004e4bfa55555c9e37045790ec362f2b81.doc

Minister **Sterk**:

Dat gaat over de zorgmarkt.

De **voorzitter**:

Dat is dus de context. Onder anderen de heer Bushoff heeft een brief besteld. Die komt eraan.

- Drie. Na de zomer ontvangt de Kamer een brief over de opt-out en de mogelijke uitwerking/beleidsvoornemens.
- Vier. Na de zomer komt een brief over cyberveiligheid en kwantumbeveiliging.

Minister **Sterk**:

Die gaat over cyberveiligheid en informatieveiligheid. Daar nemen we dan die twee vragen van de heer Claassen over de kwantumcrypto in mee.

De **voorzitter**:

Dank voor de aanvulling. Daarmee is het rond.

Dat waren ze. Ik hoor dat u daarmee akkoord gaat. Dan kom ik nu echt aan het einde van dit commissiedebat. Ik dank alle aanwezigen voor hun geduld. Voor iedereen die het debat via het scherm heeft gevolgd: excuses voor alle afkortingen. We hebben geprobeerd om het zo goed mogelijk over te brengen. Veel dank aan alle Kamerleden, de minister en de ondersteuning. Ik wens u nog een fijne donderdag. Ik sluit de vergadering.

Sluiting 15.57 uur.