6
Wijziging van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en de Jeugdwet in verband met digitale identificatie en authenticatie in de zorg

Wijziging van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en de Jeugdwet in verband met digitale identificatie en authenticatie in de zorg

Aan de orde is de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en de Jeugdwet in verband met digitale identificatie en authenticatie in de zorg (36702)**.

De **voorzitter**:
Ik heropen de vergadering. Aan de orde is het debat over de Wijziging van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en de Jeugdwet in verband met digitale identificatie en authenticatie in de zorg. Ik heet de leden van de Kamer van harte welkom en ik heet opnieuw de minister van harte welkom in vak K.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**:
We gaan als eerste luisteren naar mevrouw Maeijer, die spreekt namens de fractie van de PVV. Gaat uw gang.

Mevrouw **Maeijer** (PVV):
Dank u wel, voorzitter. Vandaag behandelen we de Wijziging van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en de Jeugdwet in verband met digitale identificatie en authenticatie in de zorg, oftewel de Wet Diaz; dat is een hele mond vol. Deze wet regelt dat van iedere zorgmedewerker de identiteit wordt gecontroleerd en vastgesteld, waarna die wordt opgenomen in een door de overheid beheerd centraal register, het Dezi-register. Dat is stap één in het proces: de identificatie en authenticatie. Dit betekent op zichzelf nog niet dat de medewerker toegang heeft tot medische gegevens. Die verantwoordelijkheid ligt bij de zorgaanbieders. Dat is stap drie. Nee, stap twee. Sorry, ik kan niet tellen. Stap twee is de autorisatie. Het wetsvoorstel regelt dat alle zorg- en jeugdhulpmedewerkers verplicht moeten inloggen op het hoogste betrouwbaarheidsniveau. Ze krijgen de mogelijkheid om te kiezen uit moderne inlogmiddelen, zoals een app of een wallet op een smartphone, DigiD of zorgspecifieke passen.

Er komt, zoals gezegd, één digitale zorgidentiteit voor de hele sector om uitwisseling van gegevens te vergemakkelijken. Dat maakt het inzichtelijker voor de patiënt of cliënt wie wanneer en bij welke zorginstelling zijn of haar medische dossier heeft ingezien. Dat moet leiden tot zowel een betere identificatie als authenticatie van zorgpersoneel, meer flexibiliteit bij het verlenen van autorisatie bij het inzien van gegevens en, heel belangrijk, een betere bescherming van persoonsgegevens en medische dossiers van patiënten en cliënten tegen onbevoegde toegang, datalekken en cyberaanvallen.

Wij steunen op zich ook de doelstelling om het verouderde UZI-stelsel te vervangen door het nieuwe Dezi-stelsel, maar er leven in het zorgveld en in mijn fractie nog wel een aantal vragen over de praktische uitwerking, onder andere over betrouwbaarheidsniveau hoog, de inzet van tijdelijk personeel en de geautomatiseerde hr-koppeling uit de derde nota van wijziging.

Voorzitter. Wat betreft de voorbereiding voor dit debat moet ik zeggen dat het een enorm complex en technisch dossier is. Er zijn veel vragen gesteld vanuit de Kamer. Dat maakt het voor mijn fractie, in ieder geval voor mij, gerechtvaardigd, ook gelet op de zorgen vanuit het veld, om deze wet hier vandaag plenair aan de orde te stellen. We hebben naar aanleiding van het debat ook een gezamenlijke brief ontvangen van de zorgkoepels waarin zij oproepen om — ik citeer — "te borgen dat uitvoerbaarheid, continuïteit van zorg en beperking van administratieve lasten nadrukkelijk worden meegewogen, zowel bij de verdere uitwerking van de wet als bij de daarop gebaseerde lagere regelgeving en normen". Kan de minister uitgebreid inhoudelijk op deze oproep reageren en een dergelijke borging toezeggen? Er zijn ook zorgen over de kosten van de uitvoering van deze wet. Graag een reactie.

Voorzitter. Bij het identificeren en authenticeren wordt het hoogste betrouwbaarheidsniveau vereist. Dat ondersteunen wij van harte, maar uit de praktijk horen wij vragen over de technische invulling daarvan. Daarbij wordt inloggen met DigiD als voorbeeld genoemd. Dat zou ertoe kunnen leiden dat er voor elke patiënt en elke dossierinzage opnieuw ingelogd moet worden, wat bijvoorbeeld bij spoedsituaties en in ruimten met strikte hygiëne-eisen, zoals een ok, eigenlijk niet te doen is. De wet verwijst naar zorgspecifieke middelen via de NEN 7518-norm, maar die bieden volgens het veld momenteel geen betere alternatieven dan de huidige UZI-pas. Kan de minister hierop reageren? Deelt zij die zorgen en de conclusie van het veld?

Voorzitter. Dan kom ik op de inlogmethode. Op de operatiekamer of de spoedeisende hulp is het gebruik van een smartphone vanwege hygiëne en spoed niet wenselijk. Daar heeft voor het veld een fysieke pas of een eenmalige inlog bij de start van de dienst de voorkeur. Het veld vraagt in de brief die we kregen om een zekere mate van vormvrijheid door middel van een combinatie van technische maatregelen, organisatorische maatregelen en gedragsmaatregelen. Wij begrijpen op zich die wens, maar hebben daarbij wel vragen over de handhaafbaarheid en de veiligheid van patiëntgegevens. Kunnen toezichthouders bijvoorbeeld eenduidig beoordelen of een instelling heeft voldaan als normen niet puur technisch zijn vastgelegd, vraag ik aan de minister. Kan zij eens ingaan op dit verzoek vanuit het veld? Is dit iets wat verkend zou kunnen worden, bijvoorbeeld in samenspraak met de Autoriteit Persoonsgegevens en de inspectie en met betrekking tot lagere regelgeving? Of doet dit te veel af aan de handhaafbaarheid en aan de veiligheid van patiëntgegevens?

Voorzitter. Er zijn ook zorgen over de flexibele schil, zoals de inzet van waarnemers en zzp'ers. Ziet de minister uitvoeringsproblemen voor tijdelijke zorgverleners die op korte termijn worden opgeroepen, met name bij kleinere zorgaan-

bieders die niet beschikken over geautomatiseerde hr-systemen? Welke praktische oplossingen ziet zij waarbij de veiligheid van gegevens gegarandeerd blijft?

Voorzitter. Dit brengt me op mijn laatste punt: de geautomatiseerde hr-koppeling uit de derde nota van wijziging. Daarmee communiceren personeelssystemen rechtstreeks met het Dezi-register, als ik het goed begrijp. De minister benadrukt dat dit uitsluitend bedoeld is om de administratieve werkrelatie vast te leggen en dat dit op zichzelf geen toegang tot medische dossiers oplevert. Die verantwoordelijkheid blijft bij de zorgaanbieder liggen. Kan het zo zijn, vraag ik de minister, dat het hr-systeem automatisch een melding naar Dezi stuurt, en dat wanneer het autorisatieproces bij de zorgaanbieder ook geautomatiseerd is ingericht, de knop eigenlijk automatisch op groen gaat, waardoor de medewerker toegang heeft tot medische gegevens voordat de benodigde controle van de geldende wettelijke vereisten, zoals de vergewisplicht, de vog en de Wet BIG, heeft plaatsgevonden? Als dat zo is — ik weet het niet en daarom vraag ik het de minister — vindt de minister dat dan wenselijk of zou er dan niet vooraf een extra waarborg moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld een digitaal vinkje dat verplichte kwaliteits- en integriteitscontroles zijn afgerond als voorwaarde voor geautomatiseerde autorisatie? Zo heeft de inspectie dan eigenlijk ook een concreet handhavingsinstrument in handen. Hoe kijkt de minister hier tegenaan? Bestaat die kwetsbaarheid? En zo ja, zou deze dan niet ondervangen moeten worden, bijvoorbeeld in lagere regelgeving? Graag een antwoord.

Tot zover, voorzitter.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan gaan we nu luisteren naar de heer Bushoff, die spreekt namens de fractie van PRO.

De heer **Bushoff** (PRO):
Dank u wel, voorzitter. Vandaag bespreken we een wijziging van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en de Jeugdwet in verband met identificatie en authenticatie. Eigenlijk gaat het bij identificatie natuurlijk over de vraag "wie is deze persoon?". Daar moet een antwoord op komen. Authenticatie gaat dan vervolgens over de vraag "is de persoon ook echt de persoon die die zegt dat die is?". Dat gebeurt allemaal met het idee dat je vervolgens toegang krijgt tot verschillende systemen in de zorg. Daar is dan ook nog autorisatie voor nodig, om inderdaad toegang te krijgen tot die belangrijke, gevoelige persoonsgegevens. Eigenlijk volgt deze wijziging van deze wet uit een Europese verordening. We moeten hier dus een stap op zetten. Maar naast dat we hier een stap op moeten zetten omdat dat volgt uit een Europese verordening, denk ik dat het ook zinvol is om hier stappen op te zetten. Bij gevoelige persoonsgegevens waar zorgverleners toegang toe zouden moeten krijgen, moet je wel zorgen dat dat ook gewoon op een goede manier geregeld is, dat de veiligheid geborgd is. Ik denk dus dat, naast dat het volgt uit een verplichting vanuit een Europese verordening, het ook nog eens gewoon heel erg verstandig is dat we dit op een zorgvuldige manier regelen: wanneer en hoe je toegang kan krijgen tot die belangrijke persoonsgegevens.

In die zin kan PRO dus de doelstelling van deze wetgeving volledig onderschrijven. Maar bij wetgeving is logischerwijs de vraag altijd de volgende. Als je het doel van de wetgeving nastreeft, werkt het dan ook goed uit in de praktijk? Daar moet je altijd een balans in vinden. Kijk naar de zorgen die leven bij zorgprofessionals in het veld. Ik denk dat daar nog wel wat vragen over zijn: of die doelstellingen van deze wetgeving, die wij als PRO dus ook delen, in evenwicht zijn met de zorgen die leven in het zorgveld zelf. Die zorgen zitten 'm eigenlijk op twee punten. Ik wil er eigenlijk twee voorbeelden uit halen. Het ene punt gaat eigenlijk over: hoe ga je die identificatie- en authenticatieplicht nou invullen? Hoe wordt dat in de praktijk nou daadwerkelijk vormgegeven? Je kan je namelijk voorstellen dat als er sprake is van een spoedsituatie … Ik noem maar wat: je wil heel snel toegang hebben tot medische gegevens om uiteindelijk te weten of iemand allergisch is voor bepaalde medicatie; dat is cruciale informatie die je snel voorhanden wil hebben. Dan wil je niet dat het eerst heel lang duurt en ingewikkeld is om je te identificeren en te authenticeren. Daar leeft dus wel een zorg bij het zorgveld. Die zorg snap ik eigenlijk best wel goed. Vandaar ook dat ik de minister zou willen vragen om een toezegging. Wil zij, op het moment dat zij invulling gaat geven aan de vormgeving van die identificatie- en authenticatieplicht, dat echt doen samen met alle relevante betrokken partijen: de Autoriteit Persoonsgegevens, maar ook de zorgverleners zelf? In de voorliggende wet is geregeld dat per algemene maatregel van bestuur verdere invulling wordt gegeven aan hoe die identificatie- en authenticatieplicht er uiteindelijk uit moet komen te zien. De concrete vraag is dus om bij de invulling van die AMvB de relevante partijen goed te betrekken, zodat het doel bereikt wordt, maar dat het ook praktisch werkbaar blijft voor de zorgverleners in de praktijk. Dat is mijn eerste concrete vraag aan deze minister.

Daarbij wordt het overgrote deel van de algemene maatregelen van bestuur via een lichte voorhang aan de Kamer voorgelegd. Dat is ook zinvol, want het is belangrijk dat we als Kamer even kunnen kijken of de identificatie- en authenticatieplicht in de praktijk goed uitwerkt. Het gekke is alleen dat die lichte voorhang voor alle beleidsterreinen geldt, behalve dat van de Jeugdwet. Dat vind ik een beetje raar. Het lijkt me heel logisch dat, wanneer die lichte voorhang voor de AMvB's, die algemene maatregelen van bestuur geldt, voor alle beleidsterreinen in de zorg geldt, die dan ook geldt voor de Jeugdwet. Daar heb ik dan ook een amendement op ingediend. Het is verder niet heel spannend, maar daarmee trekken we gelijk dat voor alle beleidsterreinen, dus ook voor de wijzigingen van de Jeugdwet en de algemene maatregelen van bestuur die daarop van toepassing zijn, die lichte voorhang geldt.

Tot slot. Een laatste zorg gaat over de single-sign-onmogelijkheid. Je komt bijvoorbeeld in het ziekenhuis in de ochtend binnen. Je logt één keer in en dan heb je bijvoorbeeld vier uur toegang tot de gegevens die je nodig hebt voor je werk. Als je gaat lunchen, ben je uitgelogd en moet je weer opnieuw inloggen. Maar je hoeft niet voor elke keer dat je toegang nodig hebt tot gegevens opnieuw die identificatie en authenticatie te doen. Dat dreigt nu wel te veranderen met de voorliggende wijzigingsvoorstellen. Dan zou je je elke keer apart, voor elke handeling opnieuw, moeten identificeren en die authenticatie moeten doorlopen. Dat is natuurlijk wel heel ingewikkeld. Laat ik dat nog één keer heel tastbaar maken. Dat zou een beetje hetzelfde zijn als wanneer wij hier van de plenaire zaal naar het Ledenrestaurant zouden gaan en dan weer door de poortjes met gezichtsherkenning zouden moeten of dat wij vervolgens

van het Ledenrestaurant naar de commissiezalen zouden moeten gaan en weer door de poortjes met gezichtsherkenning zouden moeten. Dat zou praktisch wel heel onwerkbaar zijn voor ons in de Kamer. Dat is ook praktisch onwerkbaar voor de mensen in de zorg. Ik vind het dus wel belangrijk dat die single-sign-on-mogelijkheid blijft bestaan. Dat zou praktisch uitvoerbaar moeten zijn. Ik zou de minister ertoe willen oproepen dat ze zich er hard voor maakt dat die mogelijkheid blijft bestaan.

Tot zover.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan gaan we nu luisteren naar de heer Poortman. Die spreekt namens de fractie van het CDA.

De heer **Poortman** (CDA):
Dank u wel, voorzitter. Bij digitalisering in de zorg ligt de nadruk vaak op een soort futuristisch toekomstbeeld. Tenminste, dat beeld kan zomaar ontstaan. In dat toekomstbeeld wordt de zorgverlener aan het bed vervangen door een robot, communiceer je alleen nog via een scherm met de dokter die je net van achter een scherm op afstand heeft geopereerd en sporen we met gloednieuwe AI-technieken ziektebeelden op. Maar vandaag zien we dat de digitalisering ook iets is van het hier en nu. Waar we digitalisering misschien wel vooral voor nodig hebben, is het veel beter regelen van ondersteunende processen, bijvoorbeeld het stroomlijnen van gegevensuitwisseling en het vastleggen van administratie en het maken van efficiënte roosters. Waarom ligt daar winst, wat het CDA betreft? Omdat dit ervoor zorgt dat we menselijk contact en betrokkenheid in de zorg niet vervangen, maar juist makkelijker maken.

Daar heeft deze wet alles mee te maken. Het wetsvoorstel zorgt er eenvoudig gezegd voor dat we het oude systeem van inloggen in zorgsystemen om medische gegevens op te vragen vervangen door een moderner systeem dat gebruiksvriendelijker is en hogere eisen stelt aan de betrouwbaarheid en veiligheid. Dat is geen overbodige luxe. Daar zijn dan weer geen futuristische beelden voor nodig. Nieuwe inlogmiddelen, allemaal gebaseerd op dezelfde standaarden, moeten het zorgverleners makkelijker maken en moeten ruimte geven om meer te zorgen en minder bezig te zijn met rompslomp. Dat steunt het CDA.

Het is goed dat de regering gehoor geeft aan het advies van de Raad van State om het gebruik van het nieuwe systeem op termijn verplicht te stellen. Dat geeft duidelijkheid en een heldere stip op de horizon waar zorgorganisaties en het bedrijfsleven naartoe kunnen werken. Zorgaanbieders worden ondersteund met een tijdelijke regeling van 25 miljoen euro om te helpen bij het vervangen van oude systemen.

Maar uitvoerbaarheid is belangrijk. Zorgpartijen wijzen er bijvoorbeeld op dat het belangrijk is — de heer Bushoff refereerde er al aan — om in spoedsituaties snel te kunnen handelen, zonder dat telkens opnieuw authenticatie nodig is. Wat het CDA betreft, worden dit soort vragen in de verdere uitwerking goed beetgepakt, samen met het zorgveld. Dat kan de overheid niet alleen. Ik hoor graag in de beantwoording of de minister hiertoe bereid is.

Los daarvan zijn er nog twee punten waarop ik enkele vragen en zorgen met de minister wil delen. Die betreffen de open markt en de geopolitieke ontwikkelingen. Ik begin bij de eerste, de open markt. Het nieuwe stelsel wordt nu vormgegeven als een open markt. De regering wil daarmee innovatie stimuleren en ervoor zorgen dat nieuwe inlogmiddelen kunnen aansluiten bij specifieke wensen van zorgaanbieders. Dat is begrijpelijk, maar het doel van de wet is ook meer uniformering en meer regie vanuit de overheid om digitalisering vorm te geven en aan te jagen. Mogelijk schuurt dat met elkaar. Enerzijds moet de overheid de innovatie en oplossingsgerichtheid van de sector niet voor de voeten lopen. Anderzijds gaat het om gevoelige gegevens en vitale infrastructuur, waarbij de overheid ook een zorgplicht heeft richting patiënten, en moet normeren.

Neem ter vergelijking het inloggen bij de overheid via DigiD. Dat is één systeem dat overzichtelijk is voor zowel burgers als overheid. Mijn vraag is: wil de minister nog eens reflecteren op dit spanningsveld? Klopt het dat elk inlogmiddel eerst officieel erkend moet worden? Is de minister op dit punt bereid te verkennen hoe we de eisen die we aan inlogmiddelen stellen, zodanig streng kunnen maken dat we het aantal middelen beperkt en overzichtelijk houden? Graag een reactie.

In de tweede plaats: ik verwees al even naar DigiD. Het CDA maakt zich zorgen over geopolitieke ontwikkelingen en onze Europese strategische autonomie. Eind mei van dit jaar werd de overname van DigiD door Kyndryl verboden na aandringen vanuit de Kamer en een advies van de toezichthouder. Daar zijn de laatste woorden nog niet over gezegd. Het toont aan dat het van groot belang is dat we zeggenschap houden over zulke cruciale digitale infrastructuur. Dat geldt ook voor de infrastructuur die we aan het ontwerpen zijn en waar we vandaag over spreken.

Voor het CDA is het essentieel dat we voorkomen dat we bij inlogmiddelen in de zorg afhankelijk worden van afzonderlijke en ook niet-Europese leveranciers. Mijn vraag op dit punt: is de minister bereid om naar aanleiding van de casus van DigiD de eisen op dit punt aan te scherpen, zeker in een sector als de zorg, waarin gewerkt wordt met gevoelige gegevens en een infrastructuur die niet mag uitvallen? Wat gaat de minister concreet doen om te stimuleren dat Nederlandse of Europese bedrijven deze inlogmiddelen gaan bouwen? Kan ook een publieke organisatie inlogmiddelen maken? Zou dat niet een goede terugvaloptie zijn? We zijn benieuwd naar de antwoorden van de minister op deze vragen.

Tot slot. Het is een goede zaak dat we van een ouderwets, duur en niet-gebruiksvriendelijk systeem overgaan op een nieuw systeem. Digitale technologie moet in dienst staan van de patiënt en de zorgverlener en ruimte geven aan menselijk contact in plaats van administratieve rompslomp. Dit wetsvoorstel is wat ons betreft een goede stap.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Dan gaan we nu luisteren naar mevrouw Wendel. Zij spreekt namens de fractie van de VVD.

Mevrouw **Wendel** (VVD):
Dank, voorzitter. Vandaag bespreken we het voorstel van de minister om de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg en de Jeugdwet in verband met digitale identificatie en authenticatie in de zorg te wijzigen. Hoewel de minister mij met deze wetsnaam enorm uitdaagt, blijf ik hartgrondig volhouden om te proberen dit soort technische wetten in begrijpelijk Nederlands uit te leggen. Ik zie mijn collega's dat ook doen. Dat is goed. Ik zeg toch tegen de minister: ik droom van de dag dat we dit soort wetgeving gewoon op een normale en begrijpelijke manier kunnen behandelen, zodat ook mensen die niet iedere dag zitten te kijken naar wat wij hier uitspoken in de plenaire zaal, kunnen begrijpen wat we hier doen. Maar goed, dat is even een opmerking vooraf. Ik hoop dat deze minister en haar collega's die meenemen.

Voorzitter. Met dit wetsvoorstel wordt er één register ingevoerd voor zorgaanbieders, medewerkers, indicatieorganen, zorgverzekeraars, jeugdhulpverleners, jeugdhulpaanbieders en hun medewerkers, het Dezi-register. Dat is een zeer creatieve afkorting van "dé zorgidentiteit". Via dit register kunnen ingeschrevenen hun identiteit bekendmaken en bewijzen voor toegang tot verschillende systemen voor zorginformatie en kan deze informatie uitgewisseld worden. Daarbij moet gebruik worden gemaakt van een door de minister goedgekeurd inlogmiddel. De minister doet dit alleen als dat voldoet aan het hoogste betrouwbaarheidsniveau.

Voorzitter. Het is voor passende zorg van cruciaal belang dat zorgmedewerkers op het juiste moment kunnen beschikken over de juiste informatie op de juiste plek. Door meer elektronische gegevensdeling worden de administratieve lasten verminderd en worden fouten voorkomen. Dit wetsvoorstel is een belangrijke randvoorwaarde voor die elektronische gegevensdeling. Het biedt veilige en betrouwbare digitale toegang voor zorgmedewerkers. De VVD vindt dat gegevensuitwisseling in de zorg mogelijk moet zijn en dat de huidige praktijk nog heel veel ruimte voor verbetering biedt. Een patiënt zou geen vertraging mogen oplopen of zijn kwalen constant weer moeten herhalen omdat de artsen geen toegang hebben tot de medische gegevens. Als het goed is, dan versimpelt het voorstel dat voorligt de huidige werkwijze aanzienlijk. De VVD vindt het goed dat het kabinet heeft besloten om te werken met bestaande inlogsystemen, zoals DigiD, want zo wordt het niet onnodig complex gemaakt.

Deze wet zal niet alle problemen in de gegevensuitwisseling oplossen, maar is wel een belangrijke stap in de goede richting. Daarom zeg ik alvast in alle openheid dat de VVD in eerste instantie van plan is om deze wet te steunen, maar wel onder een hele belangrijke randvoorwaarde. Volgens mij heb ik die al bij verschillende collega's, van links tot rechts, gehoord. Deze wet moet informatiedeling in de praktijk daadwerkelijk gemakkelijker maken. De wet moet zorgprofessionals in de praktijk daadwerkelijk helpen om hun werk te versimpelen. Afgelopen week ontvingen we vanuit verschillende zorgkoepels veel zorgen over de uitvoerbaarheid van deze wet in de dagelijkse praktijk.

Daarom heb ik een aantal vragen aan de minister die voor mij echt van belang zijn bij het beoordelen van deze wet. Allereerst: hoe kijkt de minister naar deze kritiek, die ongetwijfeld ook haar is toegekomen? Is de minister het met de VVD eens dat dit systeem de regeldruk juist zou moeten verminderen, de zorgprofessionals in de praktijk moet ontlasten en de gegevensuitwisseling moet verbeteren? In het veld heerst nog veel onduidelijkheid over hoe deze wet in de praktijk werkt. Kan de minister deze onduidelijkheid wegnemen? Hoe zorgt de minister ervoor dat de wetgeving vanuit Den Haag goed aansluit bij wat in de praktijk nodig is en hoe pakt deze wet specifiek uit voor uitzendkrachten? Kunnen die ook gemakkelijk inloggen als ze last minute ingevlogen worden? Wat de VVD betreft moet de onduidelijkheid worden weggenomen, zodat deze wet de zorg in de praktijk daadwerkelijk beter maakt.

Ik heb nog één vraag over de informatieveiligheid. De minister keurt een inlogmiddel alleen goed als het voldoet aan het hoogste betrouwbaarheidsniveau, maar betekent dat dan ook dat het kwantumproof is? Ook ik ben uiteraard ingefluisterd door mijn expert digitale zaken binnen de fractie.

Voorzitter. Dan een ander punt. Nu we toch spreken over informatie-uitwisseling wil ik nogmaals aandacht vragen voor een aantal zaken waar de VVD al eindeloos om vraagt. De minister vertelde bij het vorige commissiedebat over digitale ontwikkelingen in de zorg dat het eerste plateau van de NVS in 2027 klaar moet zijn en dat de interoperabiliteit, over begrijpelijke woorden gesproken, dan eindelijk geregeld is. Kan de minister aangeven hoe dat er nu voor staat? Kan de VVD dit in januari 2027 daadwerkelijk verwachten? Een betere automatisering van gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen zorgt voor een betere kwaliteit van zorg en ontlast zorgverleners. De opt-out moet ervoor zorgen dat zorginstanties informatie mogen uitwisselen tenzij de patiënt aangeeft dit niet te willen. De minister gaf aan dat dit in 2029 geregeld wordt, maar dat duurt de VVD echt te lang. Bij ieder werkbezoek wordt mij op het hart gedrukt: regel dat nou. Kan de minister dit versnellen?

Voorzitter. Gisteren vertelde een mevrouw aan mij dat ze met haar dochter naar de spoedeisende hulp moest omdat ze een astma-aanval had. In het ziekenhuis konden ze niet zien wat voor soort pufje en welke antibiotica het kindje had, omdat ze de dossiers daar niet konden inzien. Daarom moest haar dochter allerlei verschillende soorten pufjes proberen. Dit soort situaties vind ik zeer onwenselijk. Is een opt-out voldoende om dit soort situaties te beëindigen of is er meer nodig? En is de minister het met mij eens dat dit soort situaties al veel eerder dan in 2029 beëindigd moeten worden?

Dan eenheid van taal. Ook hier pleit de VVD al jaren voor. Zorgverleners moeten dezelfde terminologie gebruiken in verslaglegging. Dat maakt gegevensuitwisseling efficiënter. SNOMED CT is een zeer breedgedragen veldnorm. Het veld en ook de VVD vragen al heel lang om deze drie zaken. Wanneer pakt de minister door en stelt ze deze verplicht?

Tot slot de vraag: voldoen alle zorginstellingen nu eindelijk aan de NEN 7510-norm? We hebben immers bij de hack van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker gezien hoe het fout kan gaan en welke impact dat heeft op mensen. Als alle zorginstellingen daar nu aan voldoen, is dat dan voldoende of ziet de minister aanleiding om deze norm te evalueren, gezien de verschillende hacks in de afgelopen periode?

Tot slot alvast de vlucht vooruit: zorgt de minister ervoor dat de systemen van elektronische patiëntendossiers in het algemeen ook kwantumproof zijn?

De **voorzitter**:
Dank u wel. Tot slot gaan we luisteren naar de heer Vervuurt. Hij spreekt namens de fractie van D66.

De heer **Vervuurt** (D66):
Dank u wel, voorzitter. Een huisarts gaat op huisbezoek bij een oudere mevrouw. Hij wil even haar medicatieoverzicht bekijken en meteen een recept ondertekenen, maar zijn UZI-pas met kaartlezer werkt niet op zijn tablet, dus schrijft hij het op en regelt hij het straks wel op de praktijk. Dat is onhandig, onnodig en niet goed voor de privacy van de patiënt. De wet die hier voorligt, grijpt in op dit soort problemen. Zorgverleners krijgen één nieuwe digitale zorgidentiteit. We gaan van UZI naar Dezi. Dezi werkt bij elke werkgever, in een praktijk of onderweg. Geen grote sleutelbos aan losse wachtwoorden of identiteiten meer! Voor mensen thuis betekent het dat hun medische gegevens beter beschermd zijn en dat beter te controleren is wie hun dossier heeft ingezien. De D66-fractie steunt de richting van deze wet dan ook van harte. Wel hebben wij een paar vragen.

Eerst de versleuteling. Vergeef het me, maar ik ben niet zo'n expert op het gebied van kwantum als mevrouw Wendel. Het stelsel dat we nu bouwen, kan decennia mee, maar medische gegevens blijven een leven lang gevoelig. Hoe zorgt de minister dat Dezi tijdig kan overstappen op versleuteling die bestand is tegen toekomstige cyberaanvallen, ook na de introductie van kwantumcomputers? Is zij bereid deze beveiligingsstandaard mee te nemen in de eisen voor de goedkeuring van inlogmiddelen en bij de nieuwe stamcertificaten die in 2028 nodig zijn?

De **voorzitter**:
Mevrouw Wendel is zo enthousiast dat ze ervan ging rennen.

Mevrouw **Wendel** (VVD):
Ik besefte dat ik mijn mond vol heb van begrijpelijkheid, maar dat ik eventjes het woordje "kwantum" erin gooide. Misschien kan meneer Vervuurt mijn grote fout goedmaken door even uit te leggen wat het is. Als dat niet lukt, moeten we het anders misschien even aan de minister meegeven. Dan kunnen jullie mijn fout even goedmaken.

De heer **Vervuurt** (D66):
Dat vind ik een goede vraag van mevrouw Wendel. Gelukkig ben ik een van de weinige ingenieurs in de Kamer, dus ik kan u best uitleggen wat kwantum is. Het gaat over kwantumbits. Normaal als we een computersysteem hebben, is dat gereguleerd met bits. Dat is een nulletje of een eentje. Op die manier kunnen we stroompjes geleiden en wordt data opgeslagen. Een kwantum kan echter zowel een nul als een één zijn. Ik zal verder niet ingaan op de kwantummechanica die daarachter zit, maar dat is de basis. Daarmee kunnen we veel sneller en veel meer rekenen dan we op dit moment kunnen. Maar we kunnen ook veel sneller op computersystemen inbreken. Dat is het gevaar dat vanuit de toekomst op ons afkomt en waar we ons voor moeten bergen.

De **voorzitter**:
Mevrouw Wendel, weet wat u teweegbrengt met vragen aan de heer Vervuurt! Gaat u verder met uw betoog, meneer Vervuurt.

De heer **Vervuurt** (D66):
We kunnen er straks bij de koffie anders nog wel even over doorpraten!

De **voorzitter**:
Of de lunch! Die ga ik namelijk waarschijnlijk zo voorstellen.

De heer **Vervuurt** (D66):
Voorzitter. Dan de terugvaloptie. Op vrijwel elke vraag over continuïteit antwoordt de minister dat zorgverleners altijd kunnen terugvallen op publieke middelen onder de Wdo. In de zorg is dat bijvoorbeeld DigiD. Daar sloegen wij op aan. Mijn collega El Boujdaini stelde namelijk eerder vragen over het feit dat DigiD vanwege storingen of onderhoud vaak niet beschikbaar is. Wat gebeurt er als de huisarts die op visite gaat een alternatief als DigiD nodig heeft en dat eruit ligt? Kan de minister garanderen dat de continuïteit van deze inlogmiddelen in de zorg gewaarborgd blijft? Is de minister bereid om binnen het kabinet in overleg te treden om de beschikbaarheid van DigiD als alternatief te verbeteren?

Dan nog een punt over keuzevrijheid. Een huisarts schreef ons dat hij voor essentiële taken afhankelijk is van software die alleen werkt op Windows van Microsoft en macOS van Apple. Als deze huisarts met een ander systeem zou willen werken, zoals open-source Linux, kan hij die taken niet uitvoeren. Dezi belooft echte keuzevrijheid. Wij zouden graag van de minister weten of de acceptatieplicht in artikel 15 ook betekent dat een zorgverlener elk goedgekeurd inlogmiddel kan gebruiken, ongeacht het besturingssysteem waar hij of zij mee werkt. Hoe voorkomt de minister dat softwareleveranciers die keuzevrijheid via de achterdeur beperken, bijvoorbeeld met software die alleen werkt op de systemen van grote Amerikaanse techbedrijven? Dat laatste is niet alleen goed voor de keuzevrijheid, maar ook voor onze digitale strategische autonomie.

Voorzitter. Ook in mijn postvak lag een brief van een brede coalitie aan zorgpartijen. Zoals al genoemd is, ondersteunen zij in grote lijnen dit wetsvoorstel. Enkele hebben echter ook enkele zorgen. Kunnen we deze wet uitvoeren op een manier die de administratieve lasten niet verhoogt of het werk bemoeilijkt? Kan tijdelijk personeel snel genoeg geregistreerd worden, toegang krijgen en snel aan het werk gaan? Welke kosten gaan gepaard met deze wet en welke gevolgen heeft dit voor de bekostiging? Deze vragen zijn ook al eerder gesteld.

Voorzitter. Als we dit goed regelen, heeft die huisarts uit mijn voorbeeld straks alles bij de hand wat hij nodig heeft. Dan moeten we het natuurlijk wel goed doen, samen met de praktijk. Het kan veiliger, eenvoudiger en toekomstbestendiger. Daar werken wij als fractie natuurlijk heel graag aan mee.

Dank u wel.

De **voorzitter**:
Dank u wel. Hiermee zijn we aan het einde gekomen van de inbreng van de zijde van de Kamer.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**:
Ik ga een voorstel doen. De minister heeft aangegeven een tijdje nodig te hebben voor de appreciaties en de beantwoording van de gestelde vragen. Ik ga de Kamer voorstellen om dat te combineren met de lunch. Ik ga dus 35 minuten schorsen, zodat eenieder ook kan eten. Na deze schorsing vervolgen we allereerst met stemmingen. Daarna gaan wij verder met de afronding van dit debat. Ik schors dus voor 35 minuten, inclusief lunch. We continueren dan met de middagstemmingen en daarna gaan we verder met de afronding van dit debat. Ik schors voor 35 minuten.

De vergadering wordt van 12.13 uur tot 12.50 uur geschorst.