

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

5.1.2e

Ontworpen door

5.1.2e

5.1.2e

T 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

Datum

15 februari 2022

Kenmerk

Zaaknummer

startnota

Wetgeving

Wetgeving gegevensuitwisseling bij acute zorg

5.1.2e

5.1.2e

CZ

WJZ

DEEL A - INHOUDELIJK

Fase I. Probleemanalyse

1. Wat is de aanleiding?

Gegevensuitwisseling in de spoedzorg

Met gezondheidsgegevens moet zorgvuldig worden omgegaan, met het oog op de privacy en met het oog op de vrije toegang tot de zorg voor iedereen.¹ Daarom worden in nationale en internationale wet- en regelgeving eisen gesteld aan bescherming van deze gegevens.²

Tegelijkertijd is het van groot belang dat gegevens in de zorg goed stromen. In de eerste plaats, omdat een belangrijke randvoorwaarde voor zorgverleners om goede zorg te kunnen verlenen is, dat zij beschikken over adequate, actuele en uniforme gegevens over de cliënt op de juiste plek op het juiste moment. De beschikbaarheid van de juiste informatie over de patiënt op het juiste moment is in het bijzonder van belang bij acute zorg, omdat het kan gaan om levensbedreigende situaties waarin weinig tijd of mogelijkheid is om op het moment van de zorgvraag nog telefonisch informatie op te vragen die nodig is voor het verlenen van goede zorg. Zo kan het bijvoorbeeld nodig zijn dat de zorgverlener op de ambulance weet welke medicijnen iemand gebruikt.

¹ Dat wil zeggen dat iedereen zich vrijelijk en zonder vrees voor openbaarmaking medische hulp kan zoeken.

² Zoals in de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG); de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming (UAVG); boek 7, titel 7, afdeling 5, van het BW (beter bekend als de Wet geneeskundige behandelovereenkomst, hierna WGBO); Wet op de beroepen op de individuele gezondheidszorg (Wet BIG); en Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz).

In de tweede plaats is het belangrijk dat gegevens in de zorg goed stromen, omdat het bijdraagt aan het terugdringen van administratieve lasten, en aan een toegankelijke en betaalbare zorg.

Op dit moment stromen gegevens in de zorg niet optimaal.³ Daarom is er vanuit het veld – via het Informatieberaad zorg (IB) - de roep om regie van de overheid. Ook in de politiek is de roep om hier verbetering in aan te brengen. Zo is in het coalitieakkoord 2021-2025 “Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst”⁴ afgesproken dat gegevens- en data-uitwisseling tussen onder meer aanbieders onderling, conform privacywetgeving, verbeterd wordt, waarbij uniformiteit noodzakelijk is.

In het verlengde daarvan is er politiek ook de roep om gegevensuitwisseling in geval van acute zorg te verbeteren. Zo is in de motie van de leden Ramaekers en Van den Berg⁵ de regering opgeroepen de gespecificeerde toestemming⁶ zo in te richten dat onder meer recht wordt gedaan aan de overweging dat de patiënt er belang bij heeft dat in een acute situatie zijn essentiële gegevens snel toegankelijk zijn. Hierop is in de Kamerbrief van 20 december 2019⁷ de Tweede Kamer toegezegd zich er voor in te zetten dat medische gegevens van de huisarts op korte termijn voor spoedzorg sneller (digitaal) beschikbaar komen.

Eén van de oorzaken⁸ dat gegevens niet stromen in de acute zorg is gelegen in de (uitvoering van de) voorwaarden die in wet- en regelgeving inzake gegevensbescherming worden gesteld aan het mogen uitwisselen van gegevens. Belemmerend is met name de eis in de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (hierna: Wabvpz), houdende dat een zorgaanbieder gegevens van de cliënt slechts beschikbaar stelt via een elektronisch uitwisselingssysteem, voor zover de zorgaanbieder heeft vastgesteld dat de cliënt daartoe uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven. Zie voor een nadere toelichting over de problemen hieromtrent paragraaf 3.

³ Zie o.a. de *Rapportage uitwisselen medische gegevens*, Patiëntenfederatie Nederland, september 2021; de *Verkenning toegang tot patiëntgegevens* versie van 13 april 2021, presentatie van de NEN/Egiz; Position paper, *Knelpunten en behoeften bij de uitwisseling van medische gegevens*, Patiëntenfederatie Nederland, oktober 2021; *Elektronische gegevensuitwisseling en communicatie tussen zorgverleners*: Themaverdieping 5 eHealth-monitor 2019; *Gegevensuitwisseling bij Medisch-Generalistische Zorg in de Gehandicaptenzorg: veertig mogelijke knelpunten in de gegevensuitwisseling, aan de hand van de patiëntreis van 5.1.2e versie 1.00*, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2 oktober 2020; M. Wede, A. de Bruijn, M. van Elk, *Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg: tussen zorgverleners, over de grenzen van hun praktijk of instelling heen*, RIVM, 2017. Uit een enquête van de Federatie van Medisch Specialisten ([Infographic uitkomsten peiling gegevensuitwisseling - Federatie Medisch Specialisten.pdf \(demedischspecialist.nl\)](#)) blijkt dat 60% van de deelnemers gebrekkige gegevensuitwisseling als een obstakel ziet voor de transitie naar de juiste zorg op de juiste plek.

⁴<https://www.kabinetsformatie2021.nl/documenten/publicaties/2021/12/15/coalitieakkoord-omzien-naar-elkaar-vooruitkijken-naar-de-toekomst>

⁵ Kamerstuk 27 529, nr. 172

⁶ In de Wabvpz staat een bepaling over 'gespecificeerde toestemming'. Daarmee wordt bedoeld dat patiënten zelf kunnen bepalen welke gegevens uit het elektronische dossier met wie en waarvoor raadpleegbaar mogen worden gemaakt. De afgelopen jaren is gezocht naar een werkbare invulling van gespecificeerde toestemming. Dit bleek (nog) niet mogelijk. De bepaling inzake gespecificeerde toestemming is daarom niet in werking getreden.

⁷ Kamerstuk 27 529, nr. 211

⁸ Een andere oorzaak is bijvoorbeeld de beperkte *elektronische* gegevensuitwisseling. Deze problemen worden onder meer aangepakt met subsidies (VIPP-regelingen), het wetsvoorstel elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, en trajecten rondom bijvoorbeeld generieke functies, informatiestandaarden en het openen van de ICT-zorg-markt. Deze startnota ziet hier *niet* op.

Er loopt binnen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een traject dat ziet op het herijken van eisen die in wet- en regelgeving inzake gegevensbescherming worden gesteld aan het mogen uitwisselen van gegevens *in algemene zin*. Deze startnota ziet niet op dit brede traject, maar op het herijken van eisen die in wet- en regelgeving inzake gegevensbescherming worden gesteld aan het mogen uitwisselen van gegevens *in geval van acute zorg*. De reden dat vooruit gelopen wordt op het brede traject is met name de op handen zijnde afloop van de huidige gedoogconstructie voor gegevensdeling in de spoedzorgketen: de 'Corona Opt-in'.

Corona Opt-in

In de Covid-19 crisis is de druk op de acute zorg hoog. In het begin van de crisis was het personeel op de spoedeisende hulpafdelingen (SEH) en in de ambulance veel tijd kwijt om relevante gegevens op te vragen bij de huisartsen, zeker in de avond, nacht en weekenden. Dit komt omdat de toestemmingen die mensen voorafgaand aan de Covid-19 crisis hebben gegeven voor beschikbaarstelling van gegevens via een elektronisch uitwisselingssysteem (hierna: EUS) niet zien op de uitwisseling met de SEH en de ambulance. Vaak beperkt de toestemming zich tot beschikbaarstelling voor de HAP en/of in een specifieke regio. Triage nam daardoor te veel tijd in beslag en de wachttijden liepen op.

Huisartsen (LHV) en Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA) hebben daarom eind maart 2020 een verzoek om hulp ingediend bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Hun verzoek was dat artsen werkzaam op de SEH of huisartsenposten (HAP) ondanks het ontbreken van uitdrukkelijke toestemming van de cliënt vóóraf, tóch relevante gegevens kunnen raadplegen.

Naar aanleiding hiervan is de 'Corona Opt-in' gerealiseerd. Dit betreft:

- het technisch mogelijk maken dat de professionele samenvatting⁹ (PS) kan worden geraadpleegd - via een elektronisch uitwisselingssysteem als het Landelijk Schakelpunt (LSP) - vanuit het huisartsinformatiesysteem (HIS) in het systeem van de SEH in het ziekenhuis;
- het zónder toestemming van de cliënt vooraf klaarzetten van de PS voor beschikbaarstelling (wel toestemming ter plaatse).

De Corona Opt-in verhoudt zich niet goed met de huidige wet- en regelgeving inzake gegevensbescherming. De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) heeft echter – gezien de crisis – 30 maart 2020 tijdelijk ingestemd met het verzoek om bij spoedzorg voorlopig uit te gaan van een 'opt-in' (veronderstelde toestemming vooraf)¹⁰, onder voorwaarde dat ter plaatse om toestemming voor het raadplegen van de PS wordt gevraagd. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Openbaar Ministerie (OM) hebben het advies van de AP gevolgd. Dit heeft geresulteerd in een aanwijzing van het OM, waardoor onder voorwaarden afgezien wordt van strafrechtelijke vervolging van overtreding van artikel 15a, eerste lid, van de Wabvz en het medisch beroepsgeheim (geregeld in de Wet op de

⁹ De PS is een minimale set van medische gegevens uit het huisartsendossier voor waarneming, ook wel Huisartswaarneminggegevens (Hwg) genoemd. De Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp (ook bekend als de Richtlijn gegevensuitwisseling acute Zorg 2014) p. 17 en 18 omvat een beschrijving van de professionele samenvatting.

¹⁰ De veronderstelde toestemming ziet dus alleen op het beschikbaar stellen van de gegevens voor uitwisseling. De patiënt kan die alsnog ongedaan maken, zodat het feitelijk een opt-out is geworden.

Geneeskundige Behandelovereenkomst (hierna: WGBO) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG)).

Na afloop van de Covid-19 crisis wordt teruggekeerd naar de 'normaaltoestand'¹¹. Dat betekent dat uitdrukkelijke toestemming vooraf als bedoeld in artikel 15a Wabvpz (en toestemming voor het doorbreken van het medisch beroepsgeheim) weer nodig is. Zonder die toestemming is de PS van de huisarts niet elektronisch uit te wisselen met andere zorgverleners, en dus niet raadpleegbaar op de HAP, SEH of in de ambulance.

Dit wordt onwenselijk geacht. In mei 2020 hebben de Nederlandse Patiëntenfederatie en Ineen, de belangenorganisatie voor de eerstelijnszorg, bij VWS gepleit om de situatie die geldt onder de Corona Opt-in duurzaam te maken. Ook heeft de AP geadviseerd om de beleidslijn voor de Covid-19 crisis juridisch te onderbouwen met een wet in plaats van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) onder de Wabvpz, hetgeen aanvankelijk het advies was.¹² In een artikel in Medisch Contact¹³ pleit de vicevoorzitter van de AP om privacywetgeving in overeenstemming te brengen met zorgwetgeving.

In de Kamerbrief van 2 oktober 2020¹⁴ is aan de Kamer medegedeeld dat gewerkt wordt aan een solide juridische basis voor de tijdelijke maatregel om meer gegevens op de spoedeisende hulp beschikbaar te krijgen tijdens de COVID-19 crisis en opvolgende duurzame oplossing.

2. Wie zijn betrokken?

Binnen VWS

- De directie Informatiebeleid (DICIO), ontwikkelt het beleid rondom gegevensuitwisseling in de zorg en is verantwoordelijk voor de Wabvpz.
- De directie Curatieve Zorg ontwikkelt het beleid rondom acute zorg.
- De directie Patiënt en Zorgordening (PZO) ontwikkelt beleid rondom patiëntenrechten en is betrokken vanuit de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- de directie Macro economische vraagstukken en arbeidsmarkt (MEVA), ontwikkelt beleid rondom het medisch beroepsgeheim.
- De directie Wetgeving en Juridische Zaken (WJZ) gaat onder meer over het voorbereiden en realiseren van wetsvoorstellen.

¹¹ In de brief aan de Autoriteit Persoonsgegevens van 26 oktober 2021 is aangegeven dat het spreken van een crisis wordt bepaald door de mate waarin het Covid-19 virus leidt tot een (te) hoge druk op de zorg. In de toen geschetste scenario's werd de terugkeer naar 'de endemische situatie' gezien als het moment waarop die druk niet meer (te) hoog zou zijn.

¹² Bij brief van 30 juni 2020 [kenmerk z2020-0585] drong de AP aan op een wettelijke verankering van de gedoogconstructie middels een AmvB op de Wabvpz. Bij brief van 21 februari 2021 [kenmerk z2020- 17310] komt de AP hierop terug. De verankering moet op wetsniveau plaatsvinden.

¹³ Monique Verdier: 'Breng privacyregels in diverse zorgwetten op één lijn' | medischcontact ; 'Om de spoedeisende hulp te ontlasten is tijdens deze coronacrisis geregeld dat huisartsengegevens via het Landelijk Schakelpunt openstonden voor huisartsenposten en SEH's. Maar van de Wabvpz moet de huisarts actief toestemming hebben van de patiënt voor hij gegevens raadpleegbaar maakt voor andere artsen. Wij gingen akkoord maar vonden wel dat artsen op de hap en de SEH alsnog toestemming van patiënten moeten vragen. Veel problemen met de persoonsgegevensoverdracht zitten niet in de AVG, maar in andere wetgeving. We hebben de KNMG en VWS voorgesteld om deze wetgeving met de AVG op één lijn te brengen voor duidelijkheid voor de zorgverlener.'

¹⁴ Kamerstuk 27 529, nr. 219

Andere departementen

Ministerie van Justitie en Veiligheid - vanwege WGBO en het Openbaar Ministerie (OM)

Toezichthouders

- Autoriteit Persoonsgegevens (AP) – houdt toezicht op de juiste toepassing van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) – houdt toezicht op de uitvoering van de zorg.
- Openbaar Ministerie (OM) – houdt toezicht op het geheimhoudingsplichten.

Veldpartijen

- *Acute zorgorganisaties*: verenigd in de Spoedzorgtafel die het Kwaliteitskader Spoedzorgketen bewaken; Ambulancezorg Nederland (AZN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Ineen, Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlands HuisartsenGenootschap (NHG), Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHa), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Patiëntenfederatie, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (VenVN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- *Leden van het Informatieberaad Zorg*: <https://www.informatieberaadzorg.nl/over-het-informatieberaad/deelnemers>
- *Leden Programma Met Spoed Beschikbaar (MSB)*: Nictiz, NVZ, Ineen, LHV, NHG, NFU, Nederlandse Patiëntenfederatie, NVSHa, AZN, ZN; betrokken bij de implementatie van de Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg¹⁵ en de Informatiestandaard gegevensuitwisseling Acute Zorg¹⁶, waarin is aangegeven welke gegevens van de patiënte via de huisarts naar artsen op de HAP, SEH en de bemensing op de ambulances moet gaan, teneinde kwalitatief goede zorg tijdig te kunnen leveren.
- *Leden Taskforce Corona Opt-in*: VZVZ, Ineen, LHV, NHG, NVZ, NFU, Nederlandse Patiëntenfederatie, NVSHa, Zorgverzekeraars Nederland; betrokken bij het zoeken naar een duurzame, technische oplossing voor gegevensuitwisseling bij spoed.
- *Privacy-organisaties*:
 - Privacy First als lid van de Expertgroep Informatieveiligheid en Privacy (IV&P) – zij hebben grote politieke invloed als het gaat over het werken met persoonlijke gegevens en wetgeving die dit regelt.
 - Privacy Care (5.1.2e); betrokken bij SPOT en Mitz.
 - Bits of Freedom

Relatie met andere projecten/programma's:

- Beleid rondom robuuste, crisisbestendige acute Zorg (intern VWS) – CZ
- Grondslagen digitale uitwisselingen, w.o. Toestemmingen (intern VWS) – DI (5.1.2e)
- Leden Taskforce Publieke voorzieningen (intern VWS) – DI (5.1.2e)
- Focusprojecten Informatieberaad Zorg (IB) (in- en extern) – DI Bureau Informatieberaad Zorg (BIZ)
- Programma Gegevensuitwisseling in de zorg (intern VWS) (5.1.2e)
- MT leden kerndepartement)

¹⁵ Officiële naam: Richtlijn gegevensuitwisseling huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp, gepubliceerd op

<https://www.nictiz.nl/rapporten/richtlijn-gegevensuitwisseling-acute-zorg/>

¹⁶ <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/acute-zorg/>

- Programma Met Spoed Beschikbaar (MSB) - SPOT (extern): Nictiz -; zie onder veldpartijen.

- Programma MITZ (extern) - VZVZ (5.1.2e, 5.1.2e, 5.1.2e, 5.1.2e)

3. Wat is het probleem?

In spoedsituaties moet snel worden gehandeld, en is het voorhanden hebben van gegevens die noodzakelijk zijn voor de goede zorg van groot belang. Het ontbreken van die informatie c.q. de tijd die gemoed gaat met het beschikbaar krijgen van deze gegevens belemmeren de goede zorg voor patiënten in de acute zorg. Zie ook paragraaf 1.

Gegevens kunnen al dan niet uitgewisseld worden via een EUS. In het geval van acute zorg is uitwisseling via de EUS de meest wenselijke route, omdat de gegevens dan klaar staan om indien nodig geraadpleegd te worden. Artikel 15a, eerste lid, van de Wabvpz vereist dat de zorgaanbieder gegevens van de cliënt slechts beschikbaar via een EUS stelt, voor zover de zorgaanbieder heeft vastgesteld dat de cliënt daartoe uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven. Een cliënt die dergelijke toestemming geeft, geeft daarmee *bij voorbaat* (ook) toestemming voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim en voor verwerking van bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in de AVG.

Lange tijd werd enkel toestemming gevraagd voor het via een EUS beschikbaar stellen van de PS ten behoeve van de huisartsenpost (HAP).¹⁷ Circa 50% van de Nederlanders heeft hiervoor toestemming of weigering laten vastleggen. Vanwege de beperkte toestemmingsvraag is de PS in het merendeel van de gevallen nu niet via een EUS beschikbaar voor de SEH- en ambulancezorgprofessionals. De gestelde toestemmingvraag zag immers niet op deze gegevensstroom.¹⁸ In 2021 is in volgjezorg.nl¹⁹ de toestemmingsvraag aangepast naar toestemming voor later onbekend gebruik. Ongeveer één miljoen Nederlanders heeft hier hiervoor toestemming dan wel weigering vastgelegd. Voor deze mensen is dus –indien zij dit wensen– de PS wel beschikbaar via een EUS voor de SEH- en ambulancezorgprofessionals. Overigens is op dit moment de PS via de Corona Opt-In tijdelijk wel beschikbaar via een EUS voor alle HAP's en SEH's, zonder toestemming van de patiënt vooraf.

Wanneer geen toestemming is verleend voor beschikbaarstelling van de PS voor de HAP of wanneer het gaat om het raadplegen van de PS door personeel bij de SEH of de ambulance, zal in geval van acute zorg ter plekke (op de HAP/ SEH en door het ambulancepersoneel) informatie opgevraagd worden bij de cliënt zelf, of via raadpleging van zijn of haar huisarts. Dus door middel van rechtstreekse bevraging, telefonisch of per fax. Dit handmatige opvragen van gegevens kost (te

¹⁷ Kamerstuknummer 29529, nr. 214

¹⁸ De LHV meent overigens dat de reeds gegeven toestemmingen ook anders uitgelegd zouden moeten mogen worden, en daarmee betrekking hebben op andere zorgaanbieders. Deze uitleg is aan de Landsadvocaat voorgelegd, die meent dat dit in strijd met de wet is. Ook WJZ is dit standpunt toegedaan. Het LHV bestuur zal in maart aan de leden voorleggen welk handelingsperspectief zij menen dat ze hierop hebben, en overweegt een proefproces uit te lokken. Andere veldpartijen, zoals InEen, NVZ, NFU, VZVZ en NPF hebben daar op voorhand steun voor uitgesproken.

¹⁹ Op Volgjezorg kunnen patiënten toestemming regelen en volgen wat er met hun medische gegevens gebeurt. Volgjezorg maakt voor een patiënt zichtbaar welke gegevens er met toestemming van de patiënt via het Landelijk Schakelpunt zijn gedeeld

veel – in acute zorg situaties zeer kostbare – tijd. De huisarts is niet altijd (snel) te bereiken, zeker niet buiten kantooruren, en het uitvragen van de belangrijkste medische gegevens bij cliënten kost tijd en is niet altijd volledig en accuraat.

Daar waar de huisarts wel te bereiken is, kan er onduidelijkheid zijn of de huisarts de gegevens mag doorgeven indien de patiënt geen toestemming kan verlenen voor het doorbreken van het medisch beroepsgeheim (bijvoorbeeld indien de patiënt bewusteloos is). Schending van het medisch beroepsgeheim is strafbaar. Het Openbaar Ministerie (OM) kan bij schending strafrechtelijk optreden.

De beperkte beschikbaarheid van gegevens in een EUS bij acute zorg en de tijd die het vervolgens kost om ze alsnog op te vragen, leiden tot negatieve effecten op de zorgverlening. Zowel voor de zorgverlener als aan de kant van de cliënt. Het niet op tijd doorkomen van gegevens heeft voor cliënten tot gevolg dat zij soms onnodige onderzoeken moeten ondergaan. Ook bestaat er een vergroot risico op vermijdbare fouten in de zorgverlening (bijvoorbeeld verkeerd gestelde diagnoses en niet passende behandelingen of vermijdbare medicatiefouten, doordat gegevens over medicatie of allergieën onvolledig, onjuist of in het geheel niet uitgewisseld worden). Zorgverleners verliezen veel tijd met het achterhalen van ontbrekende gegevens. Dit is tijd die ten koste gaat van de zorgverlening aan de cliënt. Bovendien kan geen of ontoereikende en daarmee onvolledige gegevensoverdracht ertoe leiden dat zorgverleners onnodige, soms kostbare, onderzoeken (over) moeten doen. Hierdoor lopen de zorgkosten onnodig op, ontstaat een negatieve beeldvorming over de zorg als arbeidsmarkt (juist nu zorgpersoneel hard nodig is) en wordt innovatie in de zorg geremd. Dit alles brengt ook negatieve gevolgen met zich mee voor de maatschappij als geheel.

Opgemerkt wordt nog dat (uitvoering van) de voorwaarden in de huidige wet- en regelgeving niet alleen belemmerend werken voor gegevensuitwisseling tussen zorgverleners, maar ook voor de regie die cliënten hebben over hun eigen zorggegevens. Zo blijkt uit onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland²⁰ dat veel mensen niet goed weten wanneer hun medische gegevens wel of niet uitgewisseld kunnen worden tussen zorgverleners en of daar hun toestemming voor nodig is. Uit het rapport volgt ook dat een groot deel van de deelnemers (92%) het belangrijk vindt dat hun medische gegevens uitgewisseld kunnen worden door zorgverleners met wie zij te maken krijgen, 58% vindt dit zelfs heel belangrijk. In het eerdergenoemde coalitieakkoord is het eigenaarschap van cliënten over de eigen gegevens onderstreept.

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat (de uitvoering van) het juridische kader op dit moment belemmerend werkt voor de uitwisseling van gegevens in geval van spoed en regie van cliënten over hun gegevens.

4. Wat is het doel?

Het ultieme doel is het verbeteren van de acute zorg, zonder daarbij het belang van het zorgvuldig omgaan met gezondheidsgegevens en het belang van regie van de patiënt over zijn gezondheidsgegevens uit het oog te verliezen. Daarvoor is het wenselijk dat onnodige belemmeringen voor het tijdig de juiste informatie beschikbaar hebben ten gevolge van (de uitvoering van) wet- en regelgeving worden weggenomen.

²⁰ Rapportage *uitwisselen medische gegevens*, Patiëntenfederatie Nederland, september 2021.

5. Overheidsinterventie?

Goede gezondheidszorg is een publiek belang. Het bevorderen van de volksgezondheid is een verantwoordelijkheid van de overheid en is neergelegd in artikel 22 van de Grondwet. Zoals hierboven al toegelicht, is overheidsinterventie rondom de knelpunten ten gevolge van de wet- en regelgeving inzake gegevensbescherming van belang met het oog op de goede zorg.

Tegelijkertijd heeft de overheid een belangrijke rol in het borgen dat zorgvuldig omgegaan moet worden met gezondheidsgegevens, met het oog op de vrije toegang voor de zorg voor iedereen²¹ en met het oog op de privacy. Er zijn meerdere internationale verdragen die het recht op de bescherming van persoonsgegevens regelen. Daarnaast worden persoonsgegevens beschermd als een onderdeel van de persoonlijke levenssfeer in de zin van artikel 10 van de Grondwet en als onderdeel van het privéleven.

Het is bij uitstek de overheid die de afweging tussen deze verschillende belangen moet maken. Bovendien is de huidige invulling van deze belangenafweging wettelijk geregeld. In paragraaf 6 wordt toegelicht dat aanpassing van wet- en regelgeving het instrument is dat wordt ingezet. Aanpassing van wet- en regelgeving kan enkel worden gerealiseerd door de overheid.

Overigens is het veld zelf ook bezig geweest met het – binnen de bestaande kaders - beter beschikbaar krijgen van gegevens bij acute zorg. Zo heeft het veld onder meer de kwaliteitsstandaard Kwaliteitskader Spoedzorgketen²² opgesteld, houdende het overzicht van bestaande veldnormen, nieuwe veldnormen zoals afgesproken door de partijen én aanbevelingen, gericht op het samen organiseren van goede spoedzorg. In het Kwaliteitskader Spoedzorgketen wordt onder meer verwezen naar een Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg, die ingaat op gegevensuitwisseling in de spoedzorgketen en die weer is uitgewerkt in de Informatiestandaard Acute zorg²³. Het veld zelf bepaalt daarin welke de juiste gegevens zijn die essentieel zijn voor acute zorgsituaties. Het IB heeft een aantal betrokken zorgkoepels in samenwerking met de Patiëntenfederatie opdracht gegeven om de Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg te implementeren. Uit de implementatie-opdracht van het IB is het programma Met Spoed Beschikbaar (MSB)²⁴ ontstaan. Het Programma MSB werkt aan het technisch mogelijk maken van uitwisseling via het LSP van de HAP naar de SEH en de ambulance. Echter, de inzet van het veld in het programma MSB ziet niet primair op een (betere uitvoering van) de wet- en regelgeving, maar op de vragen die spelen rondom welke gegevens nodig zijn en hoe deze gegevens uitgewisseld moeten worden. Het is niet waarschijnlijk dat het veld zelf de (uitvoering van) de wet- en regelgeving oppakt. Het veld heeft aangegeven het meer uitvragen van toestemming niet te zien zitten (zie paragraaf 6, onder optie 1). Het is evident dat

²¹ Dat wil zeggen dat iedereen zich vrijelijk en zonder vrees voor openbaarmaking medische hulp kan zoeken.

²² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2020/02/19/kwaliteitskader-spoedzorgketen>, waarbij 11 partijen betrokken waren: Ambulancezorg Nederland (AZN), Federatie Medisch Specialisten (FMS), Ineen, Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Patiëntenfederatie Nederland, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

²³ [Acute zorg - Nictiz](#)

²⁴ <https://www.metspoedbeschikbaar.nl/>

het veld de wet- en regelgeving niet kan aanpassen: aanpassing van wet- en regelgeving kan enkel worden gerealiseerd door de overheid.

6. Wat is het beste instrument?

Bezien is wat het beste instrument is om de hierboven aangegeven belemmeringen weg te nemen. Daarbij is in eerste instantie gekeken naar oplossingen voor het beter beschikbaar maken van gegevens in geval van acute zorg binnen de huidige juridische kaders.

6.1. Aantal toestemmingen voor beschikbaarstelling via EUS verhogen en uit te breiden naar SEH-artsen en ambulancezorgprofessionals

In de huisartspraktijken worden filmpjes getoond en er liggen folders voor patiënten over het toestemming geven en eigen regie op gegevens. Eerder is al aangegeven dat het resultaat hiervan is dat 50% van de Nederlanders toestemming dan wel weigering heeft vastgelegd voor het beschikbaar stellen van gegevens via een EUS aan de HAP.

Overwogen is om het aan te veld te laten of het veld er toe te bewegen om meer actief (bredere) toestemming te vragen voor uitwisseling via een EUS. Dit is een optie die door de Tweede Kamer wordt ondersteund: motie Raemakers²⁵ vraagt met het veld te onderzoeken of een campagne om de toestemmingen voor gegevens uitwisseling bij spoed kan helpen. Het voordeel van deze optie is dat de privacy goed geborgd is en geen langdurig wettraject nodig is.

Huisartsen hebben echter aangegeven dat – ondanks alle inspanningen – niet verwacht wordt dat het aantal toestemmingen toeneemt als zij deze verder / opnieuw uitvragen. Zij geven daarbij ook aan dat het uitvragen en registreren van toestemmingen een behoorlijke administratieve last is, die ten koste gaat van de tijd en aandacht voor de patiënt in de spreekkamer. Zéker als voor elke beroepsgroep in de spoedzorgketen een aparte toestemming moet worden uitgevraagd en geregistreerd.

Het vragen van miljoenen Nederlanders om toestemming voor allerlei specifieke gegevensuitwisselingen is bovendien naar verwachting een langdurig proces, waardoor –na afloop van de Corona Opt-in – vrij lang niet aan iedereen de gewenste goede zorg kan worden geboden.

In reactie op de genoemde motie Raemakers heeft de minister van MZS aangeven²⁶ dat een publiekscampagne een effectief middel kan zijn maar eerst de ontwikkeling van een mogelijke technische oplossing (SPOT in combinatie met Mitz) wil afwachten en het initiatief bij het veld wil laten. Zoals hierboven staat, neemt het veld dit initiatief echter niet. Bovendien blijken technische oplossingen, zonder aanpassing van wet- en regelgeving, ook niet afdoende te zijn (zie hieronder onder 2).

6.2. Technische oplossingen

²⁵ Tweede Kamer 2020-2021, 27529 nr. 224

²⁶ Kamerstuk 27 529, nr. 262

Overwogen is om – samen met het veld – in te zetten op technische oplossingen die het mogelijk maken om binnen de huidige kaders gegevens in geval van spoed beter beschikbaar te maken. Met het oog hierop zijn "SPOT" en "Mitz" ontwikkeld. SPOT is een systeem dat de PS technisch raadpleegbaar maakt. Mitz is een toestemmingsregistratievoorziening. Voor registratie in Mitz moet wel de juiste toestemmingsvraag zijn gesteld. Dat is nu voor ongeveer 1 miljoen mensen het geval. Mensen kunnen zelf hun toestemmingen registreren en beheren in Mitz. De huisarts heeft er geen werk aan. Uiteraard moet de huisarts – alvorens de gegevens beschikbaar te stellen via een EUS – wel nagaan of de PS beschikbaar kan worden gesteld.

SPOT past niet binnen de huidige juridische kaders en kan daarom niet werken. Immers: zelfs indien het technisch mogelijk is om gegevens beschikbaar te stellen zonder toestemming vooraf, is dit nog steeds niet toegestaan.

De toestemmingsregistratievoorziening Mitz is wel van enige toegevoegde waarde binnen de huidige wettelijke kaders. Immers, wanneer duidelijk is wie waarvoor toestemming heeft gegeven, kan makkelijker beoordeeld worden of gegevens beschikbaar kunnen worden gesteld en geraadpleegd kunnen worden. Dit lost echter niet het probleem op dat ongeveer de helft van de Nederlanders geen toestemming heeft verleend, en de toestemming bovendien niet ziet op uitwisseling met de SEH en het ambulancepersoneel. Om gegevens beter beschikbaar te maken in geval van acute zorg is aanvullende actie nodig.

6.3. Corona Opt-in operationeel houden

Bezien is of de Corona Opt-in operationeel kan blijven zonder wet- en regelgeving. Dit is echter geen reële oplossing. De Corona Opt-in is niet in overeenstemming met het huidige juridische kader en wordt door de AP, het OM en de IGJ slechts tijdelijk gedoogd. Het is onwaarschijnlijk dat deze partijen akkoord zouden gaan met het –zonder juridische basis– in de lucht houden van de Corona Opt-in. Bovendien is het zeer ongewenst dat de overheid handelt in strijd met de wet. Gedurende de corona-crisis is er sprake van een zeer uitzonderlijke situatie, maar in beginsel dient de overheid in een democratische rechtsstaat (en gezien de voorbeeld functie die de overheid in deze heeft) te handelen binnen de wettelijke kaders die zij zelf heeft gesteld.

6.4. Aanpassing wet- en regelgeving, gecombineerd met technische oplossing (voorkeursoplossing)

Hierboven is reeds toegelicht dat de gegevens in geval van spoed niet optimaal stromen, doordat (de uitvoering van) de wettelijke eisen niet goed verloopt. Dit geldt primair voor het bepaalde in de Wabvpz, waarin staat dat een cliënt toestemming moet geven voor het beschikbaar stellen van gegevens via een EUS. Niet verwacht wordt dat de uitvoering van die eisen structureel zal verbeteren (zie toelichting optie 1). Dit betekent dat de meest wenselijke oplossing het herbezien van de eisen is. Dit kan alleen met wet- en regelgeving. Die wet- en regelgeving moet technisch uitvoerbaar zijn. Het beste instrument is dan ook aanpassing van wet- en regelgeving, gecombineerd met het technisch mogelijk maken van de beoogde uitwisseling.

Hoe de aanpassing van de voorwaarden inzake gegevensuitwisseling in geval van acute zorg er exact uit komen te zien, moet nog nader worden uitgezocht. Hieronder worden de (voorlopige) uitgangspunten opgesomd.

Beoogd is te regelen dat voor het verlenen van acute zorg (1) door de zorgaanbieder (in de praktijk: de huisarts) gegevens (2) ten behoeve van raadpleging door partijen in de acute zorg-keten (3) zonder toestemming, maar met *opt-out* mogelijkheid (4) via een EUS beschikbaar kunnen (5) worden gesteld.

1. Onder 'acute zorg' wordt verstaan: zorg in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of plotseling verergert.²⁷
2. Onder 'gegevens' wordt verstaan de gegevens die nodig zijn als onderdeel van de goede acute zorg. Dit wordt – met het oog op de professionele autonomie – bepaald door de zorgverleners. Zorgverleners kunnen dit ingevolge de Wkkgz neerleggen in onderdelen van de professionele standaard of in kwaliteitsstandaarden. Zo staat reeds in de veldnorm "Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg" dat voor het verlenen van acute zorg een aantal partijen de professionele samenvatting van de huisarts nodig heeft.
3. Onder 'partijen in de acute zorgketen' wordt in ieder geval verstaan: de HAP, de ambulance en de SEH. Bezien wordt nog of het wenselijk is om zonder toestemming van de cliënt gegevens beschikbaar te maken voor een bredere groep partijen, zoals bijvoorbeeld de meldkamer ambulancezorg, zorgverleners op de afdeling acute verloskunde of op spoedpoli's of spoedposten. Vooral nog is niet beoogd om het wetsvoorstel ook te laten zien op partijen die acute zorg in de GGZ of acute zorg in verpleeg- en verzorgingstehuizen verlenen. Wel zal onderzocht worden of het beleidsmatig en wetstechnisch mogelijk is om het wetsvoorstel zo vorm te geven, dat in de toekomst het mogelijk is ook voor deze partijen de gegevens zonder toestemming van de cliënt gegevens beschikbaar te maken.
4. Gezien het belang van gegevensbescherming en regie van patiënten gaat de voorkeur uit naar het vervangen van toestemming voor vooraf beschikbaar stellen, naar een *opt-out* regeling. Daarbij is het voor de huisarts in beginsel toegestaan om met het oog op het verlenen van "acute zorg" de benodigde medische gegevens beschikbaar te stellen, tenzij patiënten expliciet hebben aangegeven daarvoor geen toestemming te geven. Zo behouden patiënten zelf de mogelijkheid behouden om te bepalen wie hun medische gegevens wel of niet mogen inzien. Dit is in lijn met het huidige coalitieakkoord.
5. Beoogd is dat het wetsvoorstel het veld faciliteert in het uitwisselen van gegevens. Het is op dit moment niet wenselijk om de betrokken zorgverleners te verplichten om de relevante medische gegevens uit te

²⁷ Deze omschrijving is gebaseerd op de definitie in het Kwaliteitskader Spoedzorg, die weer is overgenomen in het Uitvoeringsbesluit Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en zal komen te staan in de Wkkgz na inwerkingtreding van de Wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg in verband met het creëren van grondslagen voor het verwerken van gepseudonimiseerde persoonsgegevens ten behoeve van registraties ter bevordering van de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg en wijziging van de Wet langdurige zorg in verband met het toevoegen van de bevoegdheid voor het CIZ om geaggregeerde informatie te genereren en verstrekken aan de Minister van VWS ten behoeve van het doen van ramingen (kwaliteitsregistraties LADIS/LTR). Deze definitie staat ook in de Wet ambulancezorgvoorzieningen.

wisselen via een EUS. Naar verwachting zal de hierboven beschreven aanpassing aan de grondslagen voor het uitwisselen van medische gegevens al voldoende drempels wegnemen voor zorgverleners om gegevens te laten stromen. Op een later moment kan verplichte uitwisseling via een EUS (met een nieuwe wetwijziging) alsnog worden overwogen. De keuze om geen verplichting op te leggen is mede ingegeven door de motie Van Kooten - Arissen en Hijink²⁸, waarin wordt opgeroepen om uitwisseling via het LSP (zijnde een EUS) niet te verplichten.

De beleidswensen behoeven nog nader onderzoek:

1. Om de beleidswensen te realiseren is in ieder geval wijziging van de Wabvpz noodzakelijk. Beleidsmatig is nog niet duidelijk of het wenselijk is om het medisch beroepsgeheim ook aan te passen en nadere invulling te geven aan de AVG. Dit ligt naar verwachting gevoeliger dan enkel het aanpassen van de Wabvpz en kan de wijziging vertraging. Tegelijkertijd moet het wetsvoorstel wel uitvoerbaar zijn en een oplossing voor de problematiek bieden.
2. Bezien moet worden hoe de wetstechnische oplossingen technisch uitvoerbaar kunnen worden gemaakt. Om de technische randvoorwaarden afdoende in te vullen zijn reeds stappen gezet met de ontwikkeling van SPOT en MITZ. Bezien moet worden of deze voorzieningen in het nieuwe stelsel ingezet kunnen worden. Uiteraard dienen de technische systemen te voldoen aan de bestaande waarborgen rondom privacybescherming.
3. Bezien moet worden welke randvoorwaarden moeten worden gesteld om de privacy goed te borgen. Om te voorkomen dat zorgverleners medische gegevens ongeoorloofd inzien moeten afdoende waarborgen beschikbaar zijn, bijvoorbeeld door logging van de inzage in de gegevens.
4. Bezien moet worden hoe rekening kan worden gehouden met Europa: Hoewel de voorgestelde aanpassing ziet op acute zorg in de context van de Nederlandse gezondheidszorg, stopt de zorg natuurlijk niet bij de grens. Er moet een goede aansluiting worden gehouden met ontwikkelingen in de grensstreken en de EU.²⁹ Bij de uitwerking van de aanpassing van wet- en regelgeving zullen de Europese ontwikkelingen worden meegewogen en geborgd worden dat geen strijd ontstaat met Europese regels.
5. De verhouding met regelgeving en toepasbaarheid op de BES moet nog worden onderzocht. Zie onder paragraaf 7 van deze startnota.

Daarnaast dient nog onderzocht te worden of het beleidsmatig wenselijk is om gegevensuitwisseling in geval van acute zorg anders dan via een EUS te faciliteren. Ook de samenhang tussen deze twee situaties (uitzondering via een EUS of niet) dient onderzocht te worden.

Aanpassing van wet- en regelgeving lijkt breed te worden gesteund.

²⁸ Kamerstuk 27529, nr. 174

²⁹ Zoals: de uitvoering van richtlijn 2011/24/EU, ontwikkeling van een Europese technische oplossing voor het uitwisselen van medische gegevens middels een internationale infrastructuur (de eHealth Digital Services & Infrastructure (eHDSI)) en voorstellen nav een onderzoek naar de voorwaarden die de verschillende lidstaten hanteren voor het uitwisselen van medische gegevens (<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/assessment-eu-member-states-rules-health-data-light-gdpr>) om de verwerking van gezondheidsgegevens binnen de EU beter te stroomlijnen

- De AP heeft in het kader van de Corona Opt-in ambtelijk aangegeven voorstander te zijn van een structurele oplossing voor het verbeteren van beschikbaarheid van de relevante gegevens in spoedsituaties, niet alleen in geval van Covid-19. De voorgestelde wetgeving moet uiteraard wel stroken met de AVG.

- Het Adviescollege Toetsing Regeldruk (ATR) heeft eerder aangegeven op de concept AMvB over elektronische raadpleging gegevens in verband met Covid-19 dat nut en noodzaak toereikend waren onderbouwd³⁰. De ATR vroeg zich af of de voorgestane maatregel niet een meer algemene strekking (ongeacht ziekteoorzaak, type zorgverlener en behandelsituatie) moest krijgen. Zij zag een minder belastend alternatief voor de toestemmingseis voor raadpleging van de gegevens, namelijk in deze situatie uitgaan van vertrouwen in de professional. Daarbij gaf zij aan dat het aangewezen is om onnodige kosten en handelingsverlegenheid bij professionals te voorkomen om de maatregel niet in duur te beperken.

Fase III. Gevolgenbeoordeling

7. Wat zijn de gevolgen voor burgers, bedrijven, overheid en milieu?

Relatie met BES-eilanden

Op Bonaire, St Eustatius en Saba (BES) zijn de Wabvpz en de WGBO niet van toepassing. Ook de AVG is niet van toepassing, tenzij informatie wordt gedeeld met landen in de Europese Unie.

Wel geldt op de BES-eilanden is de Wet bescherming persoonsgegevens BES (Wbp BES)³¹. In artikel 8.d van die wet is bepaald dat gegevens mogen worden gedeeld bij vitaal belang ('de gegevensverwerking noodzakelijk is ter vrijwaring van een vitaal belang van de betrokkene'). Ook is het BW BES van toepassing, waarin gelijke eisen staan als in de WGBO. Zo staat in artikel 7:457 BW BES dat in beginsel toestemming vereist voor het doorbreken van het medisch beroepsgeheim.

Nader bezien moet worden of de beleidswensen ook hun doorwerking moeten vinden op de BES-eilanden.

Administratieve lasten (AL)

De beoogde wetwijziging beperkt de administratieve lasten van de zorgverleners op de HAP's, SEH's en de ambulances, omdat zij minder tijd kwijt zijn met het achterhalen van medische gegevens van een cliënt in geval van acute zorg. In beginsel zijn deze gegevens immers direct raadpleegbaar in een EUS. Uiteraard zullen de zorgverleners wel nog moeten nagaan of een patiënt gebruik heeft gemaakt van de opt-out regeling. Beoogd is dit op een simpele manier mogelijk te maken door middel van een technische oplossing. Bezien dient te worden hoe de kosten voor technische oplossingen worden gedragen.

Dit wetsvoorstel brengt beperkte administratieve lasten mee voor mensen die niet willen dat hun gegevens worden beschikbaar gesteld via een EUS. Wanneer zij

³⁰ Besluit elektronische raadpleging gegevens in verband met covid-19, ATR, Den Haag oktober 2020

³¹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0028067/2015-01-01>

gebruik willen maken van de opt out, zullen zij dit moeten (laten) registreren. Daartegenover staat voor mensen die dit wel willen, sprake is van een vermindering van de lasten, aangezien zij hun toestemmingen niet meer hoeven te (laten) registreren. Het wetsvoorstel heeft verder positieve gevolgen voor de lasten van cliënt, omdat minder vaak zal voorkomen dat de gegevens bij de zorgverlener die acute zorg verleend opnieuw moeten worden aangeleverd. Dit leidt tot de uitvraag van minder (administratieve) gegevens en tot minder onnodige onderzoeken met mogelijk verkeerde behandelingen tot gevolg.

DEEL B - ORGANISATIE

Dit deel ziet enkel op het opstellen van de wet- en regelgeving en niet over eventueel bijbehorende technische aspecten.

Binnen het ministerie van VWS is de Directie Informatiebeleid/CIO de verantwoordelijke beleidsdirectie, en is tevens verantwoordelijk voor de Wabvpz. Zoals hierboven al aangegeven, zijn is de betrokkenheid van de volgende directies noodzakelijk:

- CZ als accounthouder voor het beleid rondom de Acute Zorg
- PZO als accounthouder van de patiëntveiligheid en patiëntrechten
- MEVA als accounthouder voor het medisch beroepsgeheim
- WJZ als verantwoordelijke voor het realiseren van wetsvoorstellen

Benodigde capaciteit:

DI	0,8 Fte
WJZ	0,2 Fte (1 dag per week)
MEVA	PM
PZO	PM
CZ	0.2 fte

Planning

De (globale) planning voor het op te stellen wetsvoorstel is volgens hieronder staande tabel.

Parallel aan de uitwerking van dit wetsvoorstel loopt een proces voor het opstellen van een concept Verzamelwet gegevensverwerking II. Het voorliggende wetsvoorstel ziet op grondslagen en de planning grotendeels overeenkomt met dat van die beoogde Verzamelwet. Vooralsnog wordt echter niet aangesloten bij de Verzamelwet, om te voorkomen dat het voorliggende traject afhankelijk is van de planning van de Verzamelwet. Eventueel kan later alsnog aangehaakt worden bij de Verzamelwet. Dit zal dan met de betreffende partijen worden afgestemd.

Datum	Wat	Wie
Februari 2022	Uitwerken beleidsinhoud	DI en CZ i.s.m. MEVA en PZO
Februari 2022	Startnota gereed en akkoord bevonden in plv dir DI, MT CZ, MT PZO, MT WJZ	Directie I – in overleg met DI, CZ, PZO en WJZ
Eind februari	Bestuursraad → Minister	Directie I – in overleg met DI, CZ, PZO en WJZ

1 Maart – 1 Juli 2022	Schrijven wetsvoorstel	Artikelen en artikelsgewijs: WJZ, in overleg met DI, CZ en PZO Algemeen deel toelichting: DI, in overleg met CZ, PZO en WJZ
1 Maart – 1 Juli 2022	(inter)departementale afstemming	DI, in afstemming met CZ, PZO en WJZ
1 Maart – 1 Juli 2022	Ronde tafelgesprekken	DI, in afstemming met CZ en PZO
1 Maart – 1 Juli 2022	PIA opstellen	DI, in afstemming met CZ, PZO en WJZ
Begin Juli 2022	Concept de lijn in tbv vragen akkoord voor internetconsultatie en uitvoeringstoetsen	DI, in afstemming met CZ, PZO en WJZ
Juli – Augustus-September 2022	Internetconsultatie en uitvoeringstoetsen	DI verzamelt en structureert reacties
Oktober – november 2022	Verwerken internetconsultatie en uitvoeringstoetsen	DI coördineert, afhankelijk van input verwerking door DI, CZ, PZO of WJZ
Eerste helft december 2022	WKB toets (JenV) en eventueel BZK toetsen	WJZ
Eerste helft januari 2023	Verwerken uitkomst toetsen WKB/BZK	WJZ coördineert, afhankelijk van input verwerking door DI, CZ, PZO of WJZ
Tweede helft januari 2023	CWIZO, RWIZO en MR	DI, in afstemming met CZ, PZO en WJZ
Februari 2023	Publicatie internetconsultatieverslag (na MR)	Opstellen verslag: DI, in afstemming met CZ, PZO en WJZ. Publicatie: DI.
Februari – April 2023	Advies Raad van State	
Mei – Juni 2023	Nader rapport	WJZ coördineert, input door DI, CZ, PZO
Eind juni 2023	Akkoord vragen en verzending stukken naar de Tweede Kamer	WJZ in afstemming DI, CZ en PZO
September – Maart 2023	Schriftelijke en mondelinge behandeling parlement	- Antwoorden op schriftelijke vragen: DI, CZ, PZO en WJZ gezamenlijk. - Organisatie kamerbehandeling: DI.

5.1.2e

		- Inhoudelijke input voor oa dossier en bij mondelinge behandeling: DI, CZ, PZO en WJZ gezamenlijk.
1 April 2023	Publicatie	WJZ
April 2023	InwerkingtredeingsKB	WJZ in afstemming DI, CZ en PZO
1 juli 2023	Inwerkingtreding	

5.1.2e