

Standpunt op de Evaluatie van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) (ZonMw, oktober 2002)

Inleiding

Sinds 1 december 1997 functioneert de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet BIG. Het doel van de wet is om de kwaliteit van de beroepsuitoefening op het gebied van de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken en de burgers te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen.

In november 2002 heb ik u het evaluatierapport van de Wet BIG van ZorgOnderzoek Nederland (ZonMw) toegezonden en aangekondigd later met een standpunt te komen. Met deze brief geef ik u dat standpunt. Dat is wat later dan ik had toegezegd, maar dat komt omdat ik bij mijn standpunt een aantal andere, recente rapporten heb betrokken over beroepen en opleidingen in de zorg.¹

Algemeen standpunt: Wet BIG werkt in beginsel goed

De hoofdconclusie uit de evaluatie is dat de Wet BIG wordt gezien als een potentieel belangrijk kwaliteitsinstrument. De onderzoekers hebben vastgesteld dat er een kwaliteitsimpuls van is uitgegaan naar diverse beroepsgroepen en dat zij heeft geleid tot meer bewustwording, protocollering en bekwaamheidsbevordering ten aanzien van voorbehouden handelingen. De burger hecht aan de door de wet tot stand gekomen keuzevrijheid. De beroepsbeoefenaren hebben protocollen en richtlijnen tot stand gebracht. Nieuwe beroepen hebben zich kunnen ontwikkelen en dat komt de gezondheidszorg ten goede. Er is in vijf jaar tijd een goede aanzet gegeven tot de beoogde overgang van overheidsregulering naar zelfregulering. Er hebben zich - als gevolg van de wet - geen structurele problemen voorgedaan die een risico vormden voor de volksgezondheid. Ik onderschrijf die conclusie en stel daarom vast dat er geen aanleiding is om de algemene uitgangspunten van de wet te veranderen.

Dat neemt niet weg dat een aantal zaken beter geregeld moeten en kunnen worden. Ik neem daarom de aanbevelingen over om:

- meer bekendheid te geven aan de wet bij zowel patiënten als beroepsbeoefenaren;
- de wet transparanter te maken;
- de uitvoering van de wet te verbeteren;
- de criteria voor de regeling van de beroepen in de gezondheidszorg aan te scherpen;
- maatregelen te nemen om de zelfregulering in het beroepenveld te stimuleren;
- de Wet BIG met het oog op de toekomst aan te passen en flexibeler te maken.

Dit standpunt bevat hiervoor een aantal concrete voorstellen. Ik ga daar later in dit standpunt op in. Daarbij komen andere belangrijke aanbevelingen uit de evaluatie ook uitgebreid aan de orde, met name de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en van het Openbaar Ministerie (OM), het functioneren van de BIG-register, internationale aspecten en de toekomstbestendigheid van de wet.

De Wet BIG: een korte schets

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg verving eind 1997 de Wet op de uitoefening der geneeskunst. Die kende een verbod voor onbevoegden om de geneeskunst uit te

¹ De rapporten 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2003), 'De arts van straks', een nieuw medisch opleidingscontinuüm (KNMG, 2002) en het rapport 'De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang' van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking (Commissie Legrand, 2003).

oefenen; dat verbod is met de Wet BIG komen te vervallen. In beginsel is nu iedereen vrij om handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten, met uitzondering van een aantal risicovolle handelingen die uitsluitend tot de bevoegdheid van artsen, tandartsen en verloskundigen behoren. De Wet BIG betekent een ander systeem van wetgeving, niet meer gebaseerd op integrale beroepsbescherming, maar op bescherming en keuzevrijheid van de patiënt. De overheid stelt alleen de randvoorwaarden, de beroepsbeoefenaren hebben een eigen verantwoordelijkheid om aan het vereiste van het leveren van verantwoorde zorg te voldoen. Schade of gevaar voor schade aan de gezondheidstoestand van de patiënt moet daarbij zoveel mogelijk worden voorkomen.

De Wet BIG en de daarbij behorende algemene maatregelen van bestuur regelen de deskundigheidsgebieden en de opleidingseisen en kennen vervolgens een beschermde registerdan wel opleidingstitel aan de opgeleiden toe. De titelbescherming laat de burger zien of de beroepsbeoefenaar volgens de wettelijke eisen is opgeleid en als deskundige is erkend. De wet bevat een aantal instrumenten voor het bewaken van de kwaliteit van beroepsuitoefening. Er is de 'regeling voorbehouden handelingen' die de burger beschermt tegen risicovol handelen door niet bevoegde beroepsbeoefenaren. Voor ondeskundigen die deze handelingen toch uitvoeren kent de Wet BIG strafbepalingen.

De Wet BIG is geen papieren tijger. Er vindt op diverse manieren handhaving plaats. Deze is vorm gegeven in:

- de bestuursrechtelijke maatregel: een bevel van de IGZ aan individueel werkende beroepsbeoefenaren (ter bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening)
- een strafmaatregel: een sanctie voor het onrechtmatig voeren van een titel en het onbevoegd verrichten van voorbehouden handelingen door ondeskundigen
- tuchtmaatregelen voor beoefenaren tegenover wie de patiënt een afhankelijke positie inneemt, of van wie de deskundigheid door de patiënt niet zelf kan worden beoordeeld.

De Wet BIG is onderdeel van een keten van kwaliteitswetgeving in de gezondheidszorg. De andere kwaliteitswetten zijn: de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst WGBO, de Wet Klachtrecht cliënten zorgsector en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Ook een aantal aangrenzende wetten, zoals de Wet op bijzondere medische verrichtingen WBMV en de Wet op het bevolkingsonderzoek WBO, maken deel uit van die keten.

Evaluatie : spanningsveld tussen bescherming en keuzevrijheid

De evaluatie van de Wet BIG is in opdracht van ZonMw uitgevoerd door een aantal universitaire instituten.² Bekeken moest worden hoe de wet in de praktijk functioneert, in hoeverre de doelstellingen van de wet worden bereikt en of het stelsel van de Wet BIG tot een verantwoord evenwicht leidt tussen vrijheid voor beroepsbeoefenaren en beschermen van de burger. Het onderzoek richtte zich op vijf kernpunten van de wet: (constitutieve) registratie en titelbescherming, de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen, de kwaliteitsbepaling voor de alleen werkende beroepsbeoefenaar, het tuchtrecht en de maatregelen vanwege ongeschiktheid en de strafbepalingen.

Het evaluatieonderzoek heeft veel informatie over de werking en de effecten van de Wet BIG verschaft.

De wet wordt gezien als een potentieel belangrijk kwaliteitsinstrument. Er is een kwaliteitsimpuls van uitgegaan naar diverse beroepsgroepen en dat heeft geleid tot meer bewustwording,

² Het empirisch onderzoeksdeel is uitgevoerd door het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek/Afdeling Sociale Geneeskunde van het Vrije Universiteit medisch centrum Amsterdam (EMGO-instituut VUmc); het juridisch deel is uitgevoerd door de secties Gezondheidsrecht van de Universiteit Utrecht (UU), de Universiteit van Amsterdam (UvA) en de Vrije Universiteit Amsterdam (VUA).

protocolleren en het verbeteren van bekwaamheid bij de voorbehouden handelingen. Het blijkt dat de burger hecht aan de door de wet tot stand gekomen keuzevrijheid.

Tegelijkertijd geeft het onderzoek wel aan dat er een spanningsveld bestaat tussen de beide hoofddoelstellingen: bescherming en keuzevrijheid voor de patiënt. De instrumenten in de wet die de burger moeten beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen, worden niet optimaal geacht. Daarom moeten deze, aldus het onderzoek, worden verbeterd en actiever en intensiever benut. In het evaluatierapport zijn veel waardevolle aanbevelingen voor de verbetering gedaan.

Voor het doelmatig en doeltreffend functioneren van de Wet BIG is kennis en inzicht nodig in het systeem en de instrumenten ervan. Deze kennis is momenteel bij burgers, patiënten en beroepsbeoefenaren onvoldoende aanwezig. Voorlichting en kennisverbetering moeten daarom actief en gericht bevorderd worden. Dit draagt bij aan het wegnemen van een spanningsveld: een mondige, goed geïnformeerde burger kan beter en meer verantwoord gebruik maken van de keuzevrijheid uit de wet dan een onmondige en onwetende burger.

De evaluatie vraagt bijzondere aandacht voor alternatieve behandelwijzen: de patiënt zou hier onvoldoende garantie hebben op verantwoorde zorg. Het ontbreken van overheidsbemoedening wordt naar het oordeel van het evaluatierapport onvoldoende gecompenseerd door zelfregulering en de bepalingen van aangrenzende wetgeving (de WGBO, de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Klachtrecht). Aanbevolen wordt dat voor alternatieve behandelaars door de overheid een actiever, direct beleid wordt gevoerd en dat meer controle wordt uitgeoefend. Het Openbaar Ministerie (OM) zou meer moeten vervolgen.

De onderzoekers wijzen voor de toekomst verder op de afhankelijkheid van de medewerking van andere partijen bij het uitvoeren van de wettelijke regels, de gevolgen van wijzigingen in het wettelijk ziektekostenverzekeringsstelsel en de toenemende marktwerking en concurrentie in de zorg. Internationaal spelen de ontwikkelingen op het terrein van het recht op vrije vestiging en dienstverlening binnen de Europese Unie (en het uitbreiden daarvan) ook in de gezondheidszorg een complicerende rol; zij kunnen het doel van de Wet BIG als het gaat om beschermen van burgers, onder druk zetten.

Maatregelen om de Wet BIG beter te laten werken

Ik ben het met de onderzoekers eens dat er geen reden is de hoofdlijnen van de Wet BIG te wijzigen. Wel is er aanleiding voor verbetering op een aantal punten, waarbij ik vooral meer aandacht geef aan het beschermen van de burger. De volgende maatregelen heb ik hiervoor op het oog.

- Instellen van een 'College voor de Beroepen'

Het evaluatierapport adviseert om een permanente en adequate adviesstructuur op te zetten voor de beroepen in de gezondheidszorg. Hierdoor kan de Wet BIG in de toekomst voldoende toegesneden blijven en gelijke tred houden met ontwikkelingen in de praktijk van de individuele beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Een 'College voor de Beroepen' zou in het middengebied tussen het ministerie van VWS en het beroepenveld, ingesteld moeten worden.

Het voorstel om een 'beroepenorgaan' in te stellen, wordt breed gedragen. Ik vind ook dat zo een instantie een belangrijke stimulerende rol kan vervullen bij de verdere totstandkoming van zelfregulering in het (veranderende) beroepenveld. Het kan ook een rol spelen bij het uitwerken van deskundigheidsgebieden van nieuwe beroepen en het flexibiliseren van de regeling voorbehouden handelingen. Ten slotte zou het een goed discussie- en adviesplatform kunnen zijn, dat nieuwe ontwikkelingen in de zorg in relatie tot de beroepenstructuur goed in de gaten houdt.

Ik heb in mijn brief aan uw Kamer aangegeven dat ik vind dat de zorgsector primair zelf verantwoordelijk is voor goede opleidingen en een passende, moderne beroepenstructuur. Om dit te begeleiden en ter ondersteuning van de zelfregulering stel ik nog dit jaar een Stuurgroep Modernisering Onderwijs Beroepen Gezondheidszorg (Stuurgroep MOBG) in, die de komende vijf jaar als een soort 'voorlopige structuur' de regie krijgt van het vernieuwingsproces. Zij moet een samenhangende structuur ontwikkelen voor de veelheid aan bestaande en nog te ontwikkelen verschillende functies in de zorg. Ik ga deze stuurgroep direct nadat zij van start is gegaan, vragen om een orgaan op expert-niveau voor de beroepen in de zorg op te zetten. De taak, de naam en de organisatievorm van laatstgenoemde zijn tijdelijk en moeten te zijner tijd worden afgestemd op de andere functies en ingepast worden in een integrale structuur.

- Meer en betere voorlichting

Een groot aantal aanbevelingen gaan over de noodzaak de kennis van de Wet BIG te verbeteren. Hiervoor is actieve en gerichte voorlichting aan zowel patiënten als beroepsbeoefenaren nodig. Onderzoek toont aan dat niet alleen de burger, maar ook de beroepsbeoefenaar zelf onvoldoende weet wat de wet inhoudt, wat het doel ervan is en welke precies de functie van beschermde titels is.

Bij de start van de wet heeft de voorlichting zich bewust vooral gericht op de beroepsbeoefenaren. Zij zouden dan de patiënt (indirect) moeten informeren: het geven van voorlichting is immers onderdeel van hun professionele verplichtingen. In de praktijk komt hiervan op dit punt onvoldoende terecht.

Ik onderschrijf de aanbevelingen uit de evaluatie dat aan de tijd en ontwikkelingen aangepast voorlichtingsmateriaal, gericht op zowel patiënt als professional, de werking van de wet zal ondersteunen. Ik zal de Stuurgroep MOBG vragen hiervoor op korte termijn een voorlichtingsplan te maken.

- Meer flexibiliteit

Alle eerdergenoemde rapporten en ook de evaluatie geven aan dat de Wet BIG met het oog op toekomstige ontwikkelingen flexibeler moet worden. Alleen dan kan goed ingespeeld worden op de veranderingen in opleidingen, beroepenstructuur en beroepsuitoefening. Hiervoor wordt een aantal voorstellen gedaan: deskundigheidsgebieden in AMvB's omschrijven en niet in de wet zelf, aanpassen van de regeling voorbehouden handelingen aan de feitelijke deskundigheidsgebieden en invoeren van een 'experimenteerartikel' om in de aanloop naar de regeling van nieuwe beroepen tussentijds wettelijk de ontwikkelingen op het gebied van het anders verdelen van taken (taakherschikking) goed in de gaten te kunnen houden.

Voor het verbeteren van de flexibiliteit in de Wet BIG ga ik het volgende doen.

- *Toevoegen van een 'experimenteerartikel' aan de wet*

Ik vind dat we voortvarend moeten inspelen op de ontwikkelingen in de beroepsuitoefening en de wijziging van het beroepenveld. Waar veranderingen van taken en functies zinvol en verantwoord blijken te zijn, mogen geen belemmeringen bestaan. Anderzijds kan de wet alleen weldoordacht gewijzigd worden en moet vanuit het aspect van patiëntenbescherming het leveren van verantwoorde zorg en kwaliteit voorop staan. Nieuwe praktijken in de beroepsuitoefening moeten daarom met passende randvoorwaarden getoetst en in de gaten gehouden worden. Dit vereist een tweesporenbeleid.

De Wet BIG biedt enerzijds voldoende ruimte voor het initiëren en formeel vastleggen van nieuwe praktijken in de beroepsuitoefening. De 'regeling voorbehouden handelingen', verleent aan aantal beroepen zelfstandige bevoegdheid om handelingen te verrichten die onverantwoorde risico's voor patiënten kunnen opleveren als zij worden uitgevoerd door niet goed opgeleide personen. De regeling biedt eveneens de mogelijkheid voor het verlenen van 'functionele zelfstandigheid' voor deze handelingen aan bepaalde, daartoe opgeleide beroepsbeoefenaren. Met een goed gebruik van deze regeling is veel mogelijk, zo blijkt ook in de praktijk. Een aantal beroepen heeft zich op deze wijze (het functioneel zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen) al verder ontwikkeld. Er zijn ook voldoende mogelijkheden om op die manier taken te delegeren of anders te verdelen.³

Het zelfstandig bevoegd zijn om 'voorbehouden handelingen' te verrichten, houdt echter meer in dan 'bekwaam zijn' in de zin van, het technisch en kwalitatief verantwoord verrichten van de handeling. Het stellen van de diagnose en de indicatie tot de verrichting zelf, zijn begrippen die niet wettelijk zijn omschreven, maar zijn onontbeerlijk en dienen eveneens te behoren tot het omschreven deskundigheidsgebied van het betrokken beroep.⁴

Anderzijds vind ik dat, hoewel de Wet BIG reeds voldoende mogelijkheden heeft, in sommige situaties niet alleen verantwoord maar ook snel moet worden aangesloten bij nieuwe ontwikkelingen. Dat geldt bijvoorbeeld bij processen van taakherschikking waarbij (nog) niet geregelde beroepen betrokken zijn en/of deskundigheidsgebieden nog in ontwikkeling zijn. Vooruitlopend op de definitieve regeling van nieuwe beroepen moeten nieuwe praktijken in de beroepsontwikkeling 'evidence based' getoetst kunnen worden. Ik ga daarom onderzoeken hoe in voorkomende gevallen de regeling 'voorbehouden handelingen' snel gewijzigd kan worden, zonder dat afbreuk wordt gedaan aan de eisen van rechtszekerheid en bestendigheid. Daarbij neem ik ook het nut en de bruikbaarheid van het toevoegen van een experimenteerartikel aan de Wet BIG in overweging. Op grond van dergelijk artikel zou het verbod om voorbehouden handelingen te verrichten voor een bepaalde periode niet gelden voor bij algemene maatregel van bestuur aangewezen beroepsbeoefenaren.

- *Regelen van nieuwe beroepen*

Er doen zich momenteel grote veranderingen voor in de beroepsuitoefening: er ontstaan nieuwe functies binnen een beroep en taken verschuiven, opleidingen moeten daarop worden aangepast. Dit leidt tot het verkennen van nieuwe grenzen.

Gebleken is dat de inzet van verpleegkundigen en andere disciplines in het medisch domein en daarmee het uitvoeren van medische taken door deze beroepsgroep inmiddels gemeengoed is

³ Een voorbeeld is de huidige ontwikkelingen in de mondzorg. Het beroep van mondhygiënist ontwikkelt zich tot mondzorgkundige. Door aanpassing in de opleiding breidt het deskundigheidsgebied en het takenpakket zich uit. Binnenkort boort en vult de mondzorgkundige *in opdracht van de tandarts*, functioneel zelfstandig (zonder de noodzaak van diens toezicht en tussenkomst), kleine gaatjes in tanden en kiezen. In een AMvB wordt op grond van artikel 39 Wet BIG, deze functionele zelfstandigheid geregeld.

⁴ Toetsen en in de praktijk beoordelen, zou er op termijn toe kunnen leiden dat aan de mondzorgkundige voor boren en vullen van kleine gaatjes (een heelkundige handeling) een zelfstandige bevoegdheid kan worden verleend

geworden. Nieuwe, niet geregelde beroepen, zoals die van de physician assistant (PA) en de nurse practitioner (NP), zijn cruciaal in de huidige ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking.

Het publiek moet goed worden voorgelicht omtrent takenpakket en deskundigheidsgebied van deze nieuwe beroepen. Daarom moeten deze nieuwe beroepen, omdat zij taken binnen het medisch domein uitoefenen, geregeld worden, en de opleidingseisen en deskundigheidsgebieden worden omschreven. Op dit moment is nog niet duidelijk hoe de wettelijke regeling van de physician assistant en de praktijkverpleegkundige eruit gaat zien: rechtstreeks als artikel 3-beroep of als specialisme in het kader van artikel 14 (specialistenregeling) van de Wet BIG. Ik verwacht dat betrokkenen op korte termijn met een omschrijving van het deskundigheidsgebied en de eindtermen voor de opleiding komen.

Ook wordt in verband met de wijziging van taken en de noodzaak hierover het publiek voor te lichten, onderzocht of het beroep van doktersassistente moet worden opgenomen in de Wet BIG en de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied geregeld moeten worden.

- Beschrijven van deskundigheidsgebieden in AMvB

Het evaluatierapport beveelt aan om de deskundigheidsgebieden van in de wet geregelde beroepen niet meer in de wet, maar in een AMvB of een ministeriële regeling vast te leggen. Door gebruik te maken van een AMvB of ministeriële regeling kan flexibeler en slagvaardiger en sneller met nieuwe ontwikkelingen worden omgegaan.

Met de omschrijving van het deskundigheidsgebied in een AMvB kan inderdaad flexibel worden ingespeeld op de ontwikkelingen binnen de beroepsuitoefening. De aanpassing en nadere invulling van het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige, dat in de wet zelf vastligt, is binnen afzienbare tijd te verwachten. Ik ben bereid om bij de daarvoor noodzakelijke wetswijziging, het deskundigheidsgebied bij AMvB te omschrijven zodat bij toekomstige veranderingen een snellere aanpassing dan bij wetswijziging mogelijk is. Ook bij de regeling van eventuele nieuwe beroepen zullen opleidingseisen en het deskundigheidsgebied in een AMvB worden omschreven.

Voor beroepen waarvan het deskundigheidsgebied op korte termijn waarschijnlijk niet verandert, zoals van huisarts en tandarts, vind ik het niet opportuun de wet te wijzigen. Daarnaast wijs ik erop dat al veel deskundigheidsgebieden, zoals van de in artikel 3 geregelde beroepen van verloskundige en fysiotherapeut en verder van alle in artikel 34 geregelde beroepen, niet in de wet zelf worden omschreven, maar bij AMvB zijn vastgesteld. Aanpassing van opleidingseisen en/of deskundigheidsgebieden hiervan zijn, als daar aanleiding voor is, al betrekkelijk snel te regelen.

Het evaluatierapport stelt daarnaast dat de feitelijke deskundigheid van de arts en het wettelijk omschreven deskundigheidsgebied: het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst niet altijd meer samenvallen en dat dit afbreuk zou doen aan het beschermingsdoel van de wet. Aanbevolen wordt de volledige bevoegdheid (en derhalve registratie) voor het zelfstandig kunnen verrichten van handelingen op het terrein van de geneeskunst eerst te verlenen na een nader te specialiseren vervolgopleiding.

Ik deel deze opvatting niet en wijs dit voorstel dus van de hand. Het zou betekenen dat het beroep van arts niet meer geregeld zou zijn. Een beperking van de bevoegdheden van de arts en het opnemen daarvan in een AMvB, zou de huidige beroepskwalificatie van de arts nodeloos inperken en veel rompslomp geven. Overigens dient te worden opgemerkt dat wettelijk is bepaald dat de beperking bij de uitvoering van een voorbehouden handeling altijd is gelegen in de bekwaamheid. Dit uitgangspunt geldt voor iedere beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.

De mogelijke wijziging van het opleidingscurriculum van de arts is bedoeld om initiële opleiding en specialisatie beter op elkaar aan te laten sluiten en doet geen afbreuk aan het deskundigheidsgebied. Bovendien is het inperken van het deskundigheidsgebied ongewenst en in strijd met de vereisten van de Europese regelgeving. Vanuit de Europese richtlijn zijn immers in verband met het vrije verkeer van personen en diensten en de onderlinge erkenning van diploma's en beroepskwalificaties, minimumeisen gesteld.

Meer transparantie nodig

- Eén publiekrechtelijk register voor zowel artikel 3- als artikel 34-beroepen

De Wet BIG kent op dit moment twee systemen van titelbescherming. Enerzijds is er de lichte regeling van artikel 34, voor welke beroepen de bescherming van de opleidingstitel geldt, anderzijds de zware regeling van artikel 3 met de bescherming van de titel als men in het publiekrechtelijk register is ingeschreven. Destijds is daar bij de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel weloverwogen voor gekozen. Nu bestaan er tal van argumenten om tot één systeem van registratie te komen.

Eén publiekrechtelijk register voor zowel artikel 3- als artikel 34-beroepen zou alleen al vanuit kwaliteitsoverwegingen een enorme 'slag' betekenen: geen titel 'voor het leven' uitsluitend op basis van het diploma, de mogelijkheid van aantekening van zaken in het register, én de mogelijkheid voor de burger om na te gaan of de betrokken beroepsbeoefenaar een titel mag dragen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is een groot voorstander van één publiekrechtelijk register. Ze kan daarmee beter toezicht uitoefenen op de naleving van de Wet BIG. Maar er zijn ook andere ontwikkelingen. Zo vraagt de informatie- en communicatietechnologie (ICT), zoals de toegang tot elektronische patiëntendossiers en het bewaken daarvan door middel van unieke zorgverleners identificatie (de ontwikkeling van het UZI-register), om de mogelijkheid verschillende registers te koppelen.

Ook internationaal gezien is het aantrekkelijk en gewenst om één systeem van duidelijk herkenbare beroepstitels te maken met één uniforme wijze van registratie.

Op korte termijn worden de mogelijkheden onderzocht en de verschillende argumenten afgewogen. Ik informeer u hier op een later moment nader over.

- *Opnemen van criteria in de wet*

Het evaluatierapport suggereert dat indien in de wet zelf de criteria voor artikel 3-beroepen worden vastgelegd, en de toelating (of het schrappen) via AMvB wordt geregeld, dit leidt tot een flexibeler toelatingsprocedure. Dit is dan tevens een normatief houvast voor het aanwijzen van beroepen. De huidige in de praktijk gehanteerde criteria voor het globale criterium van artikel 34, zouden (al dan niet in aangepaste vorm) ook in de wet moeten worden vastgelegd.

Ik vind dat het relatief globaal opnemen van criteria in wet of in een AMvB de inzichtelijkheid van de wet zeker bevordert. Maar eerst moet worden nagegaan of de huidige criteria nog valide zijn of dat andere dienen te worden toegevoegd en of aanscherping van de bestaande criteria noodzakelijk is. De criteria voor aanwijzing van artikel 3- en artikel 34-beroepen zijn op dit moment overigens niet dezelfde. Indien er één publiekrechtelijk register komt voor zowel artikel 3- als artikel 34-beroepen, vervalt dit verschil. Tijdgebonden, beleidsmatige en politieke afwegingen spelen bij het formuleren van de criteria eveneens een grote rol.

Ik ben bereid te bezien of de wet op het punt van de criteria moet worden aangepast. Daartoe zal ik de mogelijkheden en eventuele knelpunten bestuderen.

Bescherming en keuzevrijheid: alternatieve behandelmethoden

Het evaluatierapport stelt dat de overheid zich, ten aanzien van alternatieve behandelmethoden, teveel afzijdig houdt. De keuzevrijheid voor de patiënt met de Wet BIG zou zich tegen hem keren. Gesteld wordt dat het erkennen van bepaalde alternatieve beroepen een nuttig instrument is om in dit beroepenveld enige ordening te brengen. Om meer duidelijkheid te scheppen wordt aangeraden alternatieve beroepen die hiervoor in aanmerking komen, aan te merken als artikel 34 beroep.

Ik ben niet van plan de suggestie uit het evaluatierapport over te nemen om de alternatieve, dan wel complementaire behandelwijzen meer of minder binnen de Wet BIG te 'regelen'. De redenen om dit niet te doen en uitsluitend het 'reguliere veld' te regelen, zijn uitvoerig besproken bij de parlementaire behandeling van het wetsontwerp van de Wet BIG (TK 1988-1990, 19522, nummer 14 en 1989-1990 19522, nummer 17). Vanuit de destijds gebruikte argumenten wens ik thans opnieuw naar voren te brengen, dat het niet, en ook nooit de bedoeling is geweest, om behandelmethoden te regelen.

Kenmerk van de Wet BIG is bovendien keuzevrijheid voor de burger, met behoud van bescherming tegen ondeskundig handelen bij risicovolle handelingen. Deze risicovolle, zogenaamde voorbehouden handelingen, mogen uitdrukkelijk alleen 'reguliere beroepen' verrichten: artsen, tandartsen en verloskundigen. De burger wordt beschermd door strafrechtbepalingen indien schade, of een aanmerkelijke kans daarop, aan de gezondheid van iemand wordt veroorzaakt door onbevoegden of ondeskundigen bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg.

Het is dus een onjuiste voorstelling van zaken dat de burger die naar alternatieve zorgverleners gaat, als het ware aan zijn lot wordt overgelaten omdat de overheid te weinig geregeld heeft. Daarnaast stimuleer ik alternatieve behandelaars om zelf de kwaliteit van zorg te bevorderen en te bewaken.

Sinds 1997 krijgen zij hierin steun van mijn departement met het project 'Ondersteuning Kwaliteit Alternatieve Behandelaars (OKAB). Hierin ondersteunt het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO alternatieve beroepsorganisaties om kwaliteitsinstrumenten te ontwikkelen en in te voeren, zoals beroepsprofielen, visitatie, tucht- en klachtregelingen. De Consumentenbond toetst, met subsidie van VWS, de kwaliteit van zorgverlening door de alternatieve behandelaars. De resultaten van deze toetsing publiceert de Consumentenbond in haar Consumentengids en op internet. Burgers kunnen zich zo op de hoogte stellen over de kwaliteit van zorg bij specifieke alternatieve beroepsorganisaties. Het CBO pakt lacunes die de Consumentenbond signaleert, vervolgens weer op in het OKAB-project. Het ministerie van VWS

ondersteunt daarnaast ook het vrijwilligersinitiatief "infolijn alternatieve geneeswijzen". Deze groep vrijwilligers helpt burgers bij het maken van keuzes ten aanzien van alternatieve zorg.

Het evaluatierapport stelt ten aanzien van niet-reguliere behandelaars ook dat de controle door de IGZ onvoldoende zou zijn en dat het OM te weinig zou vervolgen. Onduidelijk is om hoeveel zaken het zou gaan: aard en omvang van het probleem is niet bekend. Ik heb dit uitgezocht. De jaarrapporten van de IGZ geven aan dat sinds het invoeren van de Wet BIG in 1997 slechts enkele zaken aan de IGZ zijn gemeld. In slechts twee gevallen (waarbij sprake was van een complementair behandelaar) is in die vijf jaar aanleiding geweest voor strafrechtelijke vervolging. Dit is een relatief gering aantal zaken en, hoewel die incidenten te betreuren zijn, geven zij naar mijn mening onvoldoende aanleiding om de doelstelling van de Wet BIG: 'keuzevrijheid voor de patiënt met behoud van bescherming tegen ondeskundig handelen bij risicovolle handelingen' te wijzigen.

Mij is evenmin gebleken dat het algemeen of volksgezondheidsbelang bij de huidige Wet BIG in het geding is. Mede daarom zie ik geen aanleiding om de alternatieve of complementaire beroepen te regelen als artikel 34-beroep. Ik hou vast aan het eerste uitgangspunt van de wet: de wetgever moet niet meer regelen dan het algemeen belang en in het bijzonder het volksgezondheidsbelang vereist. Bovendien zou het regelen van alternatieve of aanvullende behandelwijzen, waarvan het effect wetenschappelijk minder duidelijk of nog niet (definitief) is vastgesteld, burgers slechts schijnzekerheid bieden. Het creëren van nieuwe grenzen leidt slechts tot nieuwe discussies, terwijl het probleem hetzelfde blijft.

Ik ben wel bereid om voor meer en andersoortige voorlichting te zorgen. Eerder heb ik al aangegeven mij te zullen inspannen voor doelgroepgerichte voorlichting over de Wet BIG. Ik ga hierbij expliciet aandacht schenken aan de alternatieve behandelmethoden. Deze voorlichting moet burgers ondersteunen om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen in de keuze voor bepaalde zorgverleners en hun eigen rol in het zorgproces.

Functioneren BIG-register

De evaluatie plaatst kritische kanttekeningen bij het functioneren van het BIG -register. Het BIG-register zou onvoldoende bekend, toegankelijk en actueel zijn.

Om met het laatste, de actualiteit, te beginnen: die kritiek is niet terecht. Ik durf te stellen dat het BIG-register op dit moment actueel is. Waar nog een probleem was, zoals met het doorkrijgen van strafrechtelijke beslissingen, zijn bilateraal afspraken gemaakt.

De volle aandacht hebben op dit moment de aanbevelingen over geautomatiseerde koppelingen tussen bestanden van diverse aan het BIG-register gelieerde instanties als specialistenregisters en tuchtcolleges. Hetzelfde geldt voor geautomatiseerde bestandsuitwisseling met zorgverzekeraars en instellingen. Binnen afzienbare tijd (wellicht al begin 2004) kan begonnen worden met het aan elkaar koppelen van verschillende registers of bestanden. Het BIG-register heeft de genoemde toepassingen klaar staan of is er actief mee aan de slag. De omgeving is ook druk bezig zich hierin te ontwikkelen.

De ICT-ontwikkelingen gaan snel en zorgen ervoor dat nu veel meer mogelijk is dan bij het tot stand komen van de Wet BIG vijf jaar geleden. Deze ontwikkelingen en het ontstaan van het unieke zorgverleners identificatie UZI betekenen dat de verschillende wijzen van registratie onder de loep worden genomen. De juridische consequenties en de (on)mogelijkheden in verband met de Wet bescherming persoonsgegevens worden daarbij uiteraard onderzocht.

Ik ben bereid, zoals wordt aanbevolen, nader te onderzoeken of het mogelijk is naast het woonadres ook het werkadres in het register op te nemen. De IGZ is ook een groot voorstander van het opnemen van het werkadres. Op voorhand moet gezegd worden dat het opnemen van het werkadres wel zal leiden tot een toename van de uitvoeringslasten, terwijl het kabinet juist

heeft afgesproken de uitvoeringslasten de komende jaren met een kwart te verminderen. Gelet op de kosten zou een dergelijke operatie daarom het best meegenomen en uitgevoerd kunnen worden bij nieuwe ICT mogelijkheden, de ontwikkeling van unieke zorgverleners identificatie UZI of herregistratie.

Het is waar dat de Wet BIG in de huidige redactie onvoldoende ruimte laat voor het maken van aantekeningen van straffen en maatregelen die reeds ingeschreven beroepsbeoefenaren in het buitenland hebben gekregen. Daarom wil ik de aanbevelingen overnemen en de Wet BIG en het Registratiebesluit op dit punt aanpassen. Deze aanpassing, en ook andere punten die een verbetering van de uitvoering en het functioneren van het BIG-register zullen betekenen, zullen in nauw overleg met het BIG-register gebeuren.

- Herregistratie

De onderzoekers geven aan dat het stelsel van periodieke registratie zo snel mogelijk voor alle artikel 3-beroepen moet worden ingevoerd. Dit onderwerp heeft reeds geruime tijd mijn aandacht. Een projectgroep van mijn ministerie is op dit moment met de betrokken relevante beroepsorganisaties bezig hiervoor criteria te ontwikkelen. Het is echter een complex proces dat bij veel beroepsbeoefenaren en –organisaties op veel weerstanden stuit, met name vanwege mogelijk titelverlies. Bij het vaststellen van de criteria voor herregistratie moeten de ontwikkelingen op ICT gebied, zoals het invoeren van unieke zorgverleners identificatie UZI, nauwlettend gevolgd en bij het proces betrokken worden.

Internationale aspecten: krachtige actie naar Europa

Het recht van de burger op een hoog beschermingsniveau (van gezondheidszorg) ligt vast in het EG-verdrag. Het evaluatierapport beveelt aan dat Nederland zich bij de Europese instanties sterk maakt om internationaal de noodzakelijke kwaliteitswaarborgen voor de patiënt te realiseren. Hiervoor zou onder meer een speciale *task force* Europese beroepen in de gezondheidszorg ingesteld moeten worden die inhoudelijke voorstellen ontwikkelt voor het Europees niveau om kwalitatieve inbreng te garanderen bij discussies, bijvoorbeeld over voorstellen voor richtlijnen.

De huidige richtlijnen per sector voor het erkennen van diploma's en beroepskwalificaties stellen slechts globale voorwaarden en houden geen inhoudelijke gelijkwaardigheid in. Ik vind dat vanwege het vrije verkeer van personen en diensten er gemeenschappelijke eindtermen van opleidingen en beroepskwalificaties moeten komen die in alle lidstaten worden erkend. Deze gemeenschappelijke eindtermen moeten vervolgens vastgelegd worden in regelgeving van de EU (richtlijnen). Mijn ministerie zet zich hiervoor reeds volledig in. Maar om dit te realiseren zijn niet alleen inspanningen nodig van de overheid van de verschillende lidstaten; ook de inzet van het beroepenveld, in deze de koepels van de Europese beroepsorganisaties, is hierbij onontbeerlijk. De ontwerp-coördinatie-richtlijn (COM (2002) 119) schept overigens voldoende overlegstructuren om goede voorbereiding van besluitvorming op Europees niveau te waarborgen. Nederland is als lidstaat hier volledig bij betrokken. Een speciale *task force* voor Europese beroepen in de zorg is naar mijn mening dan ook niet nodig.

Ik grijp het Nederlands voorzitterschap van de EU in de tweede helft van 2004 aan om extra aandacht te besteden aan de kwaliteit van zorg. Daarom organiseert mijn departement in dat kader tijdens het voorzitterschap de conferentie 'Verantwoorde zorg; patiënt en mobiliteit'.

De evaluatie geeft hoge prioriteit aan het tot stand brengen van een goed functionerend EU-informatiesysteem over de kwalificaties van buitenlandse beroepsbeoefenaren die in Nederland onder de werking van de Wet BIG vallen, inclusief eventuele beperkingen in hun beroepsuitoefening. Ik onderschrijf die aanbeveling volledig en onderneem daarvoor de volgende acties.

De aanpassing van het Registratiebesluit bevordert dat het BIG -register en de specialisten registratiecommissies de relevante informatie waarover zij beschikken voor de beroepsuitoefening, op pro-actieve wijze delen met registrerende instanties elders, zowel binnen als buiten Europa.

Ook wordt in het kader van de ontwerp-Coördinatierichtlijn opnieuw aandacht besteed aan goede informatie-uitwisseling tussen de lidstaten over (vermeende) ernstige feiten (medical misconduct) die tijdens de beroepsuitoefening zijn begaan. Nederland is hiervan een groot pleitbezorger. Tijdens het laatste EU-voorzitterschap van Nederland in 1997 is hierover op een symposium een resolutie tot stand gekomen; de Coördinatierichtlijn voert deze uit. Tenslotte worden op ICT-gebied ook internationaal de bemoeienissen bevorderd om te komen tot het wereldwijd koppelen van databestanden en erkende registratie-autoriteiten.

De Kamer krijgt binnenkort een aparte brief over het beleid voor het erkennen van in het buitenland gediplomeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en mijn plan om hiervoor een systeem van beoordeling op geschiktheid (assessment) in te voeren.

Toezicht en handhaving

- De rol van de IGZ: wel degelijk actieve handhaving.

Het evaluatierapport constateert dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) geen actief toezicht en handhaving voert op de regels van de Wet BIG. De IGZ treedt alleen achteraf op en meldt slechts weinig zaken aan bij de tuchtrechter, het toezicht op de naleving van tuchtmaatregelen zou gaten vertonen. Daarnaast wordt het vervolgingsbeleid nauwelijks actief genoemd en zou er sprake zijn van onvoldoende tijdige actie van de IGZ naar het Openbaar Ministerie (OM) bij fouten en misstanden. De samenwerking tussen OM en IGZ zou moeten worden verbeterd, aldus de evaluatie.

Ik ben het ermee eens dat kwaliteitshandhaving een actief en systematisch beleid van de IGZ vraagt bij het indienen van (tucht)klachten. Ik bestrijd dat de IGZ de regels niet actief handhaaft. Het evaluatierapport onderbouwt deze algemeen gestelde conclusie overigens ook niet. Het begrip 'verantwoorde zorg' in het kwaliteitsartikel (artikel 40) wordt bewust grotendeels door het veld zelf ingevuld. Het evaluatierapport laat zien dat het veld dat ook actief doet en daarom zie ik geen reden het handhavingsinstrumentarium uit te breiden.

Bij het preventief toezicht in de voorafgaande jaren heeft de IGZ weinig tot geen situaties aangetroffen die aanleiding gaven tot het aanbrengen van een tuchtzaak. Daar met ingang van 1 januari 2003 in verband met de personele capaciteit prioriteiten moesten worden gesteld in de taakuitoefening van de IGZ, is daarom besloten is tot het beëindigen van het preventief algemeen toezicht op enkele categorieën van beroepsbeoefenaren. Ik verwacht dat dit geen effect heeft op het aantal tuchtzaken dat de IGZ aanbrengt.

De IGZ kan, bij het beoordelen van een situatie of sprake is van het verlenen van niet-verantwoorde zorg, zelf een onderzoek instellen. Daarbij onderzoekt en beoordeelt de IGZ of er sprake is van misstanden, overschrijden van de tuchtnorm of eventuele strijd met het algemeen belang. In zo'n geval spreekt de IGZ de zorgverleners altijd aan op hun verantwoordelijkheid; de veldnormen zijn daarbij een belangrijk referentiekader. De IGZ heeft tal van mogelijkheden om het feitelijk probleem aan te pakken : bij een individueel probleem wordt de klager doorverwezen naar de klachtencommissie, gaat het om een signaal over het niveau van verleende zorg dan onderneemt IGZ zelf actie in het kader van een bestuurlijke maatregel of dient een klacht in bij het tuchtcollege als een tuchtnorm is overschreden. Is de geschiktheid om het beroep uit te oefenen in het geding, dan vraagt de IGZ een voorziening bij het College Medisch Toezicht. De IGZ controleert verder regelmatig of de uitspraken van de tuchtrechter worden nageleefd. Het ten onrechte voeren van de titel wordt altijd gemeld aan het OM.

Bij klachten over alternatieve beroepsbeoefenaren bekijkt de IGZ altijd of er een strafrechtelijke norm is overtreden. Is dit het geval, dan wordt steeds contact met het OM opgenomen. Zoals al eerder is aangegeven, zijn er in dit kader slechts enkele gevallen gemeld bij de IGZ.

De evaluatie geeft aan dat de IGZ meer gebruik zou moeten maken van de mogelijkheid om een spoedprocedure aan te spannen bij een tuchtcollege. De IGZ maakt in de praktijk spaarzaam gebruik van de spoedprocedure omdat er relatief slechts zelden behoefte aan bestaat. Dat kan alleen als er reden voor is. Vóór de invoering van de wet BIG was er regelmatig behoefte om op korte termijn een uitspraak van een tuchtcollege uit te lokken; dit was het geval wanneer een beroepsbeoefenaar bijvoorbeeld door een geestelijke stoornis of door een verslaving naar het oordeel van de inspectie ongeschikt was om zijn beroep uit te oefenen. Deze beoordeling is nu niet meer aan het tuchtcollege, maar aan het College voor Medisch Toezicht. Daar bestaat geen spoedprocedure, waardoor niet op korte termijn, laat staan acuut, een eind kan worden gemaakt aan een ongewenste situatie. De inspectie gebruikt in zo'n situatie nu de bevoegdheid van artikel 87a uit de Wet BIG om een bevel te geven.

Het evaluatierapport beveelt aan om de voorzitter van het College van medisch toezicht (CMT) de mogelijkheid te geven een voorlopige voorziening te treffen, vooruitlopend op de beoordeling door het CMT of betrokkene geschikt is voor het uitoefenen van zijn beroep. Ik ga deze mogelijkheid onderzoeken en de Wet BIG daarop zonnodig aanpassen.

Daarnaast vind ik het belangrijk dat het publiek kan nagaan dat de IGZ een bevel heeft gegeven, tenminste wanneer dit bevel de beroepsuitoefening beperkt. Dit betekent dat er een wettelijke grondslag moet komen om hierover een aantekening te maken in het BIG -register. Ik tref maatregelen om dit mogelijk te maken.

- *Weinig meldingen bij het Openbaar Ministerie*

Het Openbaar Ministerie heeft in september 2001 het Expertisecentrum medische zaken opgericht, om te voldoen aan de behoefte aan meer kennis met betrekking tot medische zaken. Elk van de achttien arrondissementsparketten heeft inmiddels een officier van justitie aangewezen die zich bezighoudt met medische zaken, waaronder de strafrechtelijke handhaving van de Wet BIG.

Het OM neemt zijn taak bij de strafrechtelijke handhaving, ook bij de Wet BIG, bijzonder serieus. Waar vervolging mogelijk en opportuun is, doet het OM dit ook. Het Openbaar Ministerie kan echter alleen overtredingen van de Wet BIG onderzoeken en mogelijk vervolgen wanneer het een aangifte of een melding van de IGZ krijgt. Tot op heden is dit slechts in enkele gevallen gebeurd.

Het OM heeft geen invloed op het al dan niet instellen van een tuchtrechtelijke procedure. Dat is anders ten aanzien van het strafrecht. Het OM bepaalt zelfstandig of strafrechtelijke vervolging in een zaak mogelijk en opportuun is. Het feit dat er een tuchtrechtelijke procedure loopt tegen een verdachte of het feit dat een verdachte reeds is veroordeeld door de tuchtrechter is één van de factoren die een rol spelen bij deze beslissing. Indien de tuchtrechter reeds iemand heeft veroordeeld, kan dit bijvoorbeeld van invloed zijn op de hoogte van de eis van de officier van justitie. Echter, het instellen van een tuchtrechtelijke procedure sluit het instellen van strafrechtelijke vervolging niet uit.

Recent is overigens een wijziging van de Wet BIG tot stand gekomen voor het opleggen van een 'voorlopige maatregel'. Het OM kan hiermee een beroepsbeoefenaar in het kader van artikel 96 een beperking van zijn beroepsuitoefening opleggen. Het OM en de IGZ hebben naar aanleiding hiervan een gezamenlijke werkgroep ingesteld om nadere protocollen te maken over de wederzijdse taken en verantwoordelijkheden.

- *Knelpunten tuchtrecht worden nader bezien*

Het evaluatie-rapport stelt vast dat het tuchtrecht in de gezondheidszorg een prominente rol heeft voor de kwaliteitsbewaking. Er wordt een aantal praktische bezwaren aangemerkt die aanpassingen nodig maken. In het evaluatie-rapport worden aanbevelingen gedaan om de gesignaleerde knelpunten weg te nemen op het terrein van: de toegankelijkheid, de tuchtnormen, het vooronderzoek, de samenstelling van de tuchtcolleges en het inschakelen van deskundigen. Deze individuele aanbevelingen verdienen zeker overweging. Ik ga hierover praten met de tuchtcolleges.

Een belangrijk knelpunt is de voorlichting aan burgers en patiënten over wat nu de beste weg is om in een voorkomend geval te klagen. Een klager heeft een scala aan mogelijkheden: de hulpverlener zelf, een klachtfunctionaris, een klachtencommissie, en ten slotte de tuchtrechter. Ieder burger heeft vrije toegang tot de rechter, ook tot de tuchtrechter. De klacht wordt niet vooraf beoordeeld (triage). Dit leidt ertoe dat steeds meer klagers niet ontvankelijk worden verklaard, of de klacht (kennelijk) ongegrond. Het percentage op deze wijze afgewezen klagers/klachten is op dit moment 85 procent. Dit roept bij burgers en patiënten ten onrechte de gedachte op dat de gang naar het tuchtcollege kennelijk niet veel zin heeft. Het vertrouwen in het tuchtrecht kan toenemen wanneer klagers van tevoren duidelijk wordt gemaakt dat hun klacht niet thuis hoort bij een tuchtcollege en dat er andere wegen zijn om onvrede weg te nemen en genoegdoening te eisen. Ik ben bereid een goed voorlichtingsplan te laten ontwikkelen over de verschillende mogelijkheden van klachtafhandeling en de uitvoering daarvan.

De Wet BIG in de toekomst

Ik heb in dit standpunt mijn oordeel gegeven over de evaluatie van de Wet BIG. Er is geen reden om het systeem van de wet (zelfregulering) te wijzigen, maar wel neem ik op grond van de evaluatie een aantal maatregelen voor een betere bescherming van burgers. Ik vind daarnaast dat het veld zelf hard moet blijven werken aan het verbeteren van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Ik heb al aangegeven dat ik ter ondersteuning hiervan de Stuurgroep MOBG opdracht zal geven een instantie in te stellen. De toenemende samenwerking tussen IGZ en OM op het terrein van handhaving juich ik in het belang van de bescherming van de burger zeer toe.

De onderzoekers wijzen terecht op een aantal externe factoren die het doel van de Wet BIG - in het bijzonder het beschermen - in de praktijk niet gemakkelijker maken en onder druk kunnen zetten. Gesteld wordt dat burgers in de toekomst eerder meer, dan minder beschermingsmaatregelen van de overheid zullen verlangen en dat daarmee het spanningsveld alleen maar groter kan worden tussen wat de wet beoogt en wat ze bereikt.

Ik geef in mijn inleidende brief bij dit standpunt al aan dat de opleiding tot het beroep van gisteren niet altijd meer voldoet aan de eisen van vandaag en morgen. Er zijn veranderingen noodzakelijk en daarvoor is een samenhangende aanpak nodig die zich richt op vernieuwing en verbetering. Ik maak daarvoor een plan van aanpak. Het 'toekomstproof' maken en houden van de Wet BIG maakt vanuit de overheidsverantwoordelijkheid deel uit van die nieuwe aanpak.

Ook in de toekomst moeten, juist vanuit de noodzaak om burgers te beschermen, veranderingen en ontwikkelingen nauwlettend gevolgd en geanalyseerd worden en moeten we daar alert op inspelen. De huidige evaluatie van de wet geeft hiertoe slechts een aanzet. Het verschuiven van taken binnen de verschillende beroepsgroepen, het uitbreiden van bestaande en het ontstaan van nieuwe deskundigheidsgebieden, alsmede het 'evidence based' (op basis van bewezen praktijken) volgen van de ontwikkelingen op dit terrein, hebben mijn volle aandacht. De Stuurgroep MOBG die ik binnenkort instel, moet hieraan de komende jaren een belangrijke bijdrage leveren.

De grote veranderingen die zich momenteel in de beroepsuitoefening voordoen, het ontstaan van nieuwe functies binnen een beroep en het verschuiven van taken, leiden nu reeds tot het verkennen van nieuwe grenzen. Nieuwe beroepen zullen ontstaan, zoals de physician assistant,

en de nurse practitioner. Deze nieuwe beroepen worden, gelet op hun taken en verantwoordelijkheden door de overheid in het kader van de Wet BIG 'geregeld'.

Ontwikkelingen als deze worden niet alleen vanuit het perspectief van de Wet BIG nauwlettend gevolgd, maar ook in samenhang met de andere kwaliteitswetgeving als de WGBO (in de zin van behandelingsovereenkomst en aansprakelijkheid.) Nieuwe praktijkvormen in de gezondheidszorg als 'call centra' (cliëntenbelcentra) noodzaken tot bezinning op de vraag hoe ver de individuele verantwoordelijkheid of verdeling daarvan en de daarmee samenhangende aansprakelijkheid van de beroepsbeoefenaar gaat bij deze samenwerkingsverbanden in de beroepsuitoefening. Onderzocht moet worden of voor deze samenwerkingsverbanden het tuchtrecht, dat naar zijn aard gericht is op individuele verantwoordelijkheid, hiervoor aangepast moet worden en of er daarnaast nieuwe regels moeten komen vanuit een samenhangende visie op kwaliteit, verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid.

Tenslotte reikt de Europese dimensie in de toekomst mogelijk veel verder dan we nu kunnen veronderstellen. Er is een groot aantal nieuwe, buitenlandse beroepsbeoefenaren te verwachten na het toetreden van nieuwe landen bij de uitbreiding van de EU. We moeten en kunnen dit niet uit de weg gaan, maar we moeten wel zorgen voor een gezamenlijk hoog niveau van kwaliteit en dat ook handhaven.

Nederland heeft de Europese Commissie daarom al eerder voorgesteld de Richtlijnen voor de beroepskwalificaties inhoudelijke zodanig aan te passen dat zij uitgaan van competenties en eindtermen. Dit zorgt dan binnen de EU voor een bepaald kwalitatief niveau van zorgverlening voor de Europese patiënt. Dat is in het belang van een goede gezondheidszorg waar de burger recht op heeft.