

Vergaderjaar 2024–2025

29 282

Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

Nr. 583

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 november 2024

In Nederland werken ruim 1,6 miljoen mensen in zorg en welzijn. Hiervan zijn ca. 385.000 zorgmedewerkers ingeschreven in het BIG-register. Het is belangrijk om alleen die beroepen wettelijk te reguleren als het gaat om zorgmedewerkers die risicovolle handelingen verrichten, of waarbij het anderszins vanuit het perspectief van patiëntveiligheid nodig is om het beroep wettelijk te reguleren. Daarbij is mijn uitgangspunt dat de voorgestelde regelgeving geschikt is om het beoogde effect te bereiken en niet verder gaat dan daarvoor nodig is.

Sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG in 1997 zijn de zorg en samenleving sterk veranderd, wat een grote impact heeft op de zorgmedewerkers en de Wet BIG. Zo zijn er maatschappelijke ontwikkelingen, wordt er meer in teamverband gewerkt en wordt er meer ingezet op preventieve zorg. Hiernaast komen technologische innovaties in de zorg met hoge snelheid op de zorg af, denk aan robots die operaties kunnen uitvoeren of de mogelijkheden van *Artificial Intelligence* om het werk van zorgmedewerkers te verlichten.

Deze ontwikkelingen en de krapte op de arbeidsmarkt vragen om een Wet BIG die kwaliteitsdoelstellingen en patiëntveiligheid alleen reguleert als dat echt noodzakelijk is. De afgelopen jaren hebben echter steeds meer beroepsgroepen verzocht om regulering van het beroep, om redenen die niet voortkomen uit de patiëntveiligheid. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de verwachting dat het beroep hierdoor in aanzien wint, dat de instroom in de opleiding toeneemt, een hoger salaris kan worden gevraagd, of omdat er dan meer declaratiemogelijkheden zijn. Dit vind ik onwenselijk. Onnodige restricties vanuit de Wet BIG kunnen immers het aantal potentiële zorgmedewerkers en de mobiliteit beperken. Dit kan weer leiden tot arbeidsmarkttekorten, prijsopdrijvende effecten en onnodige administratieve lasten. Om de arbeidsmarkt flexibel te houden is het wenselijk om zo min mogelijk te reguleren, waarbij de patiëntveiligheid

altijd blijft geborgd. Beide belangen moeten altijd goed gewogen worden in de regulering van beroepen en handelingen.

De uitoefening van de individuele gezondheidszorg is in principe vrij voor iedereen. Niet alle beroepen en handelingen in de zorg hoeven wettelijk te worden gereguleerd. De Wet BIG biedt nu al veel flexibiliteit en ruimte om voorbehouden handelingen te laten verrichten door niet BIG-geregistreerde zorgmedewerkers.¹ Samen met diverse veldpartijen² is voorlichting ontwikkeld over de mogelijkheden van deze opdrachtverlening via de Wet BIG. Dit zorgt voor meer flexibiliteit op de arbeidsmarkt en draagt bij aan het beter benutten van ieders talent. De informatie is verspreid onder de doelgroep en te vinden op de site van de Rijks-overheid.³

Uitgangspunt van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is de zogenoemde «*nee, tenzij systematiek*»: alleen reguleren als dit vanuit patiëntveiligheid strikt noodzakelijk is. De Wet BIG kent twee regimes om beroepen te reguleren. Er is een zogenaamd «zwaar» regime op grond van artikel 3 Wet BIG en een »licht« regime op grond van artikel 34 Wet BIG. Beroepen in het lichte regime kennen een beschermde *opleidingstitel*. Het zware regime ziet op beschermde *beroepstitels*. Beroepsbeoefenaren die een beschermde beroepstitel willen voeren moeten zich in BIG-register inschrijven. Het tuchtrecht is op deze BIG-geregistreerden van toepassing.

In deze brief reflecteer ik op de werking van de Wet BIG en informeer ik uw Kamer over de recente ontwikkelingen:

1. De aankondiging van de internetconsultatie van een wetsvoorstel om de «medisch hulpverlener acute zorg» (hierna: MHAZ) en de «klinisch fysicus» beschermde beroepstitels te geven en deze beroepen in het BIG-register op te nemen.
2. De beleidsreactie op de internetconsultatie van het conceptwetsvoorstel over de beroepenstructuur van de psychologische beroepen, en de beleidsreactie op het experiment van de geregistreerd mondhygiënist.
3. Overige actualiteiten rondom de Wet BIG.

Om de Wet BIG toekomstbestendig te maken is de Gezondheidsraad (hierna: GR) in juni 2023 gevraagd om advies uit te brengen over een aantal onderdelen van de Wet BIG. Meer specifiek gaat het om toepassing van regels over voorbehouden handelingen en het lichte en zware regime van de titelbescherming.⁴ Ik ga hier in paragraaf 3.4 verder op in. Aan uw Kamer is in de brief van 26 juni 2023 ook gemeld dat niet vooruit zou worden gelopen op de uitkomsten van het GR-advies. Nieuwe verzoeken die zien op titelbescherming of wijziging van bevoegdheden, neem ik niet in overweging. Dit geldt uiteraard niet voor beroepen waarbij vóór de adviesaanvraag al besluitvorming werd voorbereid. Dit is het geval bij de «medisch hulpverlener acute zorg» (hierna: MHAZ)⁵ en de «klinisch fysicus».⁶

¹ Artikelen 35 en 38 van de Wet BIG.

² Actiz, Regioplus, V&VN, Groep 34, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), CIBG.

³ Opdrachtregeling voorbehouden handelingen | Publicatie | Rijksoverheid.nl.

⁴ Kamerstukken II 2022/23 29 282, nr. 522.

⁵ Kamerstukken II 2021/22, 29 282, nr. 454.

⁶ Kamerstukken II 2019/20, 29 282, nr. 392.

1. Aankondiging internetconsultatie wijziging Wet BIG

Ik heb een wetsvoorstel in voorbereiding om de beroepen MHAZ en de klinisch fysicus vanuit patiëntveiligheid een beschermde beroepstitel op grond van artikel 3 van de Wet BIG te geven. Dit licht ik hieronder toe. Mijn streven is om de internetconsultatie van dit wetsvoorstel begin 2025 te starten. In dat wetsvoorstel zal ik ook de technische wijziging van de peildatum van de periodieke registratie van buitenlands EU-gediplomeerden meenemen en het mogelijk maken dat bij een tuchtcollege een klacht digitaal kan worden ingediend.

1.1 Medisch hulpverlener acute zorg (MHAZ)

In de acute zorg is er een toenemende behoefte aan medisch ondersteunend personeel door de stijgende vraag naar zorg in spoedeisende situaties. Daarnaast is er behoefte aan breder inzetbaar en hoger opgeleid personeel. Met de komst van MHAZ⁷ is een nieuw beroep ontstaan om in deze behoeften te voorzien. De MHAZ biedt ondersteuning binnen de acute zorg, de interventiezorg en de diagnostiek, waarbij voorbehouden handelingen worden toegepast. Het gaat vaak om acute, levensbedreigende situaties waarin snel handelen vereist is en direct toezicht en tussenkomst van een arts niet mogelijk is. Daarom is de vraag gerezen of afgestudeerden van de MHAZ-opleiding zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen moeten kunnen verrichten. Om deze vraag te beantwoorden, heeft een experiment en evaluatie plaatsgevonden.⁸ Uit de evaluatie van het experiment blijkt dat de MHAZ toegevoegde waarde heeft in de zorg en tot doelmatigere zorg leidt. Hiernaast is regulering noodzakelijk vanuit patiëntveiligheid, aangezien de MHAZ met name in de spoedeisende en acute zorg acteert waarin voorbehouden handelingen nodig kunnen zijn.

Op 25 februari 2022 is uw Kamer al geïnformeerd over de uitkomsten van het experiment en het voornemen om de MHAZ structureel onder het zware regime van artikel 3 een titelbescherming te geven. Daarbij is als voorwaarde gesteld dat er meer praktijken aan de opleiding worden toegevoegd.⁹ Ik ben blij u te kunnen melden dat de opleidingsinstellingen inmiddels de curricula van de MHAZ-opleiding hebben aangepast en hierdoor voldoen aan de vereiste praktijken. Dit waarborgt de bekwaamheid van de zorgmedewerker bij het ingrijpen in acute en levensbedreigende situaties.

Naast een beschermde beroepstitel, zal in het wetsvoorstel worden voorgesteld om de MHAZ een «functionele zelfstandige bevoegdheid» te geven voor het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen¹⁰. Dit houdt in dat een zorgverlener in opdracht van een zelfstandig bevoegde zorgverlener, bijvoorbeeld een arts, de voorbehouden handeling verricht (en dus niet indiceert), zonder dat daarbij sprake moet zijn van toezicht en tussenkomst van de opdrachtgever. Reden om een functioneel zelfstandige bevoegdheid te bieden en niet een volledig zelfstandige bevoegdheid, is de samenhang van het beroep MHAZ met bijvoorbeeld de ambulanceverpleegkundige. Ook zij werken in opdracht van een zelfstandig bevoegde zorgverlener en verrichten dezelfde soort werkzaamheden als de MHAZ. Ik vind het belangrijk om beroepen die met elkaar samenhangen ook zoveel mogelijk in samenhang te reguleren. Daarnaast

⁷ Voorheen de bacheloropleiding medische hulpverlening en bachelor medisch hulpverlener geheten.

⁸ Stb. 2017, nr. 16, Stb. 2018, nr. 323 en Kamerstukken II 2020/21, 29 282, nr. 434 (bijlage).

⁹ Kamerstukken II 2021/22, 29 282, nr. 454.

¹⁰ Deze worden vastgelegd in het Besluit functionele zelfstandigheid.

is in de acute zorg, waar in levensbedreigende situaties snel gehandeld moet worden, niet steeds een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar beschikbaar om toezicht te houden en tussenkomst te bieden. Bij het vastleggen van de functionele zelfstandigheid is op wetsniveau geregeld dat toezicht en tussenkomst niet nodig zijn, en daar mag de opdrachtgever dan ook van uitgaan.

1.2 Klinisch fysicus

De klinisch fysicus is een postdoctoraal opgeleide fysicus die werkzaam is in een klinische omgeving. De klinisch fysicus is als inhoudelijke deskundige verantwoordelijk voor adequate en verantwoorde inzet van specifieke medisch-fysische kennis in de gezondheidszorg. Hieronder valt bijvoorbeeld het verrichten van voorbehouden handelingen met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende straling uitzenden. Het beroep klinisch fysicus kent vier differentiaties: algemeen (inclusief videologie), radiologie en nucleaire geneeskunde, radiotherapie en audiologie. Vanwege EU-regelgeving op het gebied van ioniserende straling kent het beroep klinisch fysicus al een beschermde opleidingstitel (artikel 34 Wet BIG).

Het Zorginstituut heeft twee adviezen uitgebracht over de noodzaak om de klinisch fysicus vanuit patiëntveiligheid een beschermde beroepstitel op grond van artikel 3 te geven. De twee adviezen heeft uw Kamer op 25 augustus 2023¹¹ en op 16 oktober jl.¹² ontvangen. In de beleidsreactie bij het eerste rapport is het voornemen opgenomen om de klinisch fysicus¹³ een beschermde beroepstitel te geven en daarom op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG. De reden hiervoor is dat het belangrijk is dat de klinisch fysicus de voorbehouden handeling met ioniserende straling zelfstandig moet kunnen indiceren, uitvoeren en daartoe opdracht moet kunnen geven aan anderen. De klinisch fysicus met specifieke kennis op het terrein van audiologie (kortweg de «klinisch fysicus audioloog») verricht echter geen voorbehouden handelingen. Dit maakte een aanvullend advies van het Zorginstituut noodzakelijk over de positie van de klinisch fysicus audioloog. In dat aanvullend advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat ook de klinisch fysicus audioloog een beschermde beroepstitel moet krijgen. Hoewel de klinisch fysicus audioloog geen voorbehouden handelingen verricht, ziet het Zorginstituut hiervoor de noodzaak in de toepassing van het tuchtrecht. Zo behandelt de klinisch fysicus audioloog patiënten in een zeer afhankelijke en kwetsbare positie, zoals kinderen die een behandeling met chemotherapie ondergaan en daarbij gehoorschade oplopen.

Uit de twee adviezen blijkt voldoende dat het vanuit het perspectief van de patiëntveiligheid noodzakelijk is om het hele beroep klinisch fysicus op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG en een beschermde beroepstitel te geven. Ik ben daarbij voornemens om aan de klinisch fysicus, behalve aan de klinisch fysicus audioloog, de bevoegdheid te verlenen om zelfstandig voorbehouden handelingen te verrichten met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende straling uitzenden.

¹¹ Kamerstukken II 2022/23, 29 282, nr. 534.

¹² Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 17.

¹³ In het eerste rapport van het Zorginstituut wordt gesproken over de differentiatie audiologie/videologie. In het tweede rapport concludeert het Zorginstituut dat deze differentiatie niet bestaat. De klinisch fysicus videoloog is een algemeen klinisch fysicus die een aanvullende module videologie heeft gevolgd.

2. Beleidsreacties

2.1 Beroepenstructuur psychologische beroepen

Op 7 november 2022 is uw Kamer geïnformeerd over het voornemen om de structuur van de psychologische beroepen in de Wet BIG te vereenvoudigen.¹⁴ Het doel daarvan was om de beroepenstructuur in de psychologische zorg zo te verduidelijken dat patiënten en verwijzers sneller de juiste behandelaar kunnen vinden. Deze voorgestelde vereenvoudiging kwam voort uit een advies¹⁵ van samenwerkende beroepsverenigingen NIP, NVP, LVVP, en P3NL¹⁶ en is onderdeel van een brede IZA-afspraken.¹⁷

Het conceptwetsvoorstel om dit advies op te volgen is van 29 januari tot en met 11 maart 2024 in internetconsultatie geweest. Dat conceptvoorstel hield onder meer in dat de twee basisberoepen in artikel 3 van de Wet BIG, namelijk de gz-psycholoog en de psychotherapeut, zouden worden vervangen door één breed basisberoep: de gz-psycholoog-generalist. Het basisberoep psychotherapeut zou daarmee uit artikel 3 van de Wet BIG worden geschrapt. Ook het niet-BIG-gereguleerde beroep kinder- en jeugdpsycholoog (K&J-psycholoog) zou daarbij verdwijnen en opgaan in dit nieuwe basisberoep. Het voorstel hield daarnaast ook in dat de psychotherapeut samen met het specialisme klinisch psycholoog binnen het beroep gz-psycholoog-generalist een specialisme zou vormen: de klinisch psycholoog-psychotherapeut.

In de internetconsultatie zijn 2.295 reacties binnengekomen op het conceptvoorstel. In verband met de hoeveelheid en uiteenlopende reacties heeft mijn ministerie opdracht gegeven aan een extern en onafhankelijk bureau om de reacties te analyseren. Het rapport *«Analyse van de internetconsultatie over de wijziging van de Wet BIG»* vindt u in de bijlage. Van de 2.295 reacties hebben 1.981 reacties een negatief sentiment. Een aanzienlijk deel van de reacties wijst er op dat de nieuwe beroepenstructuur juist zou leiden tot meer onduidelijkheid voor patiënten en verwijzers. Daarnaast worden ook andere ongewenste gevolgen verwacht. Zo is er ook veel weerstand en onrust bij beroepsbeoefenaren werkzaam in de psychologische en pedagogische zorg. De reacties zijn afkomstig van beroepsgroepen die zowel direct als indirect door het voorstel worden geraakt. Zo zijn de meeste reacties afkomstig van psychotherapeuten, gevolgd door orthopedagogen en psychiaters. In dit kader is de petitie *«Gelijke kansen voor orthopedagogen en psychologen!»* met meer dan 7.700 handtekeningen als reactie op het voorstel overhandigd.

Na een zorgvuldige analyse van de reacties blijkt dat de doelen van het conceptwetsvoorstel niet zullen worden behaald. Het voorstel helpt deels om de overlap in deskundigheid van een aantal beroepen in de psychologische zorg te verminderen, maar het zorgt niet voor meer duidelijkheid over waar deze zorgmedewerkers voor ingezet kunnen worden. Het schrappen van het beroep psychotherapeut wordt daarnaast gezien als een aantasting van gespecialiseerde kennis en een verlies van de professionele identiteit. Ook de beoogde vermindering van dubbelregistraties wordt onvoldoende gerealiseerd. Hoewel het voorstel door

¹⁴ Kamerstukken II, 2022/23, 29 282, nr. 487.

¹⁵ «Een vernieuwde structuur voor de academische beroepen in de psychologische zorg», NIP, NVGzP, NVP, LVVP en P3NL, 12 oktober 2020.

¹⁶ Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP) en P3NL, een federatie van elf wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen.

¹⁷ Bijlage Kamerstukken II 2021/22 31 765, nr. 655, p. 90.

samenvoeging van beroepstitels en specialismen er voor zou zorgen dat er minder titels en dubbelregistraties ontstaan, zouden met name orthopedagogen juist te maken krijgen met dubbelregistraties. Hierdoor voldoet het conceptwetsvoorstel niet aan de oorspronkelijke doelstelling. Tenslotte leidt het wetsvoorstel tot een stijging van de zorgkosten met € 12–20 miljoen per jaar voor de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg.¹⁸ Dit komt onder andere door de samenvoeging van beroepen en de verwachte hogere inschaling in salaris van de K&J-psychologen en psychotherapeuten.

Gezien het voorgaande is er onvoldoende steun voor het conceptwetsvoorstel en worden de beoogde doelstellingen om te vereenvoudigen en te verduidelijken niet behaald. Ik zal het conceptvoorstel om de beroepenstructuur te wijzigen daarom niet verder in procedure brengen. De IZA-afspraken om de beroepen- en opleidingenstructuur te vereenvoudigen, waardoor medewerkers flexibeler kunnen worden ingezet, zal op een andere manier worden ingevuld.

2.2 Experiment geregistreerd mondhygiënist

De mondhygiënist heeft een belangrijke rol in de preventieve mondzorg en het beroep kent een hoeveelheid en verscheidenheid aan taken die zelfstandig kunnen worden uitgevoerd. Daarnaast valt het beroep onder het »lichte regime« van de Wet BIG (artikel 34) met een beschermde opleidingstitel en een functioneel zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen verdoven en kleine gaatjes vullen. Andere voorbehouden handelingen, zoals het maken van röntgenfoto's, mag de mondhygiënist alleen in opdracht van de tandarts uitvoeren. Hiernaast kent het werk van de mondhygiënist vooral ook een grote hoeveelheid en verscheidenheid aan taken die niet zijn gereguleerd.

Vanaf 1 juli 2020 is geëxperimenteerd met het tijdelijk toekennen van aanvullende bevoegdheden aan de geregistreerd mondhygiënist (GMH). Uw Kamer heeft op 15 april jl. het evaluatierapport van het experiment geregistreerd-mondhygiënist (GMH) ontvangen.¹⁹ Tijdens dit experiment is de GMH tijdelijk zelfstandig bevoegd om drie voorbehouden handelingen (verdoven met injecties, behandelen van kleine gaatjes en röntgenfoto's maken en beoordelen) te indiceren, uit te voeren en daarvoor opdracht te geven aan anderen.

Dit experiment is geëvalueerd door het Maastricht UMC; de evaluatie bevat resultaten van de nulmeting en de drie hermetingen. Om de GMH in het »zware regime« van een beschermde beroepstitel (artikel 3) van de Wet BIG op te kunnen nemen, moet uit het experiment blijken dat dit zal leiden tot doelmatigere zorg.²⁰ De onderzoeksresultaten leveren echter onvoldoende bewijs over de doelmatigheid van zorg in termen van kostenbesparing en tijdswinst. Daar komt bij dat de eindrapportage van het Maastricht UMC informatief is en niet gebaseerd op de resultaten uit de derde hermeting als gevolg van beperkte respons gedurende het experiment. De resultaten zijn mede hierom naar mijn oordeel onvoldoende representatief en beperkt te generaliseren. Ik acht daarom een structurele opname van de GMH in het »zware regime« onvoldoende onderbouwd en niet proportioneel. Dit betekent dat na afloop van het experiment GMH op 1 juli 2025 de oude situatie van voor het experiment herleeft. De mondhygiënist blijft op basis van het »lichte regime«

¹⁸ »Een stap in de goede richting: impactanalyse vernieuwde beroepenstructuur psychologische zorg«. SiRM, 8 juli 2021.

¹⁹ Bijlage bij Kamerstukken II 2023/24 29 282, nr. 573.

²⁰ Stb. 2019, nr. 192.

(artikel 34) van de Wet BIG geregeld met een functioneel zelfstandige bevoegdheid voor verdoven en het behandelen van kleine gaatjes.

Voor doelmatige zorg is en blijft het essentieel dat goed wordt samengewerkt tussen mondzorgmedewerkers. In de eindrapportage van het Maastricht UMC wordt met een aantal voorbeelden geïllustreerd hoe samenwerking in de mondzorg beter kan worden vormgegeven. Deze voorbeelden zijn geschetst binnen de context van het experiment, maar kunnen ook waardevol zijn in de situatie na afloop van het experiment. In een goede samenwerking is in elk geval erkenning voor elkaars rol en positie nodig en wordt optimaal gebruik gemaakt van de deskundigheid en bekwaamheden van alle mondzorgmedewerkers. Daarbij wijs ik er op dat ik samen met de KNMT, NVM en de IGJ specifiek voor de mondzorg voorlichting heb ontwikkeld over de mogelijkheid om voorbehouden handelingen in opdracht te verrichten. Deze informatie is recent onder zorgmedewerkers in de mondzorg verspreid en te vinden op site van de Rijksoverheid.²¹ Hiernaast wijs ik uw Kamer er op dat er verschillende initiatieven zijn om goede mondzorg voor iedereen toegankelijk te maken. In mijn reactie op de brief van NVM-mondhygiënist over mondzorg die verstuurd is aan de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2024Z14446) ga ik in op deze initiatieven en de rol van de mondhygiënist in de preventieve mondzorg.

Voor de Nederlandse mondzorg is het belangrijk dat ook buitenlands gediplomeerde tandartsen de werkwijze en cultuur goed kennen. Daarom heeft de KNMT²² met mijn financiële steun het scholingsprogramma «Wegwijs in de Nederlandse mondzorg» ontwikkeld en op 1 juni jl. geïntroduceerd.²³ Deze tweejaarlijkse leergang bestaat zowel uit digitale modules als groepsbegeleiding en heeft tot doel om de integratie van buitenlands gediplomeerde tandartsen te verbeteren. Ook verkrijgen zij hiermee inzicht in de Nederlandse manier van werken en de cultuur in de mondzorg. Ik kan u melden dat een eerste groep van 17 tandartsen de leergang inmiddels met succes heeft afgerond en een tweede groep recent is gestart.

3. Overige voortgang en actualiteiten rondom de Wet BIG

3.1 Afschaffen verplichting vermelden BIG-nummer

Ik ben voorstander om administratieve lasten, waar mogelijk, af te schaffen of te beperken. Hierdoor komt meer tijd vrij voor de zorgmedewerkers om zorg te verlenen. Sinds 1 januari 2021 geldt voor beroepsbeoefenaren met een BIG-registratie dat zij het nummer van hun registratie kenbaar moeten maken op de professionele website en in de mailondertekening, of als een burger hier om vraagt. De verplichting tot actieve bekendmaking op de website en in de emailondertekening was in het leven geroepen, omdat het BIG-register lastig doorzoekbaar kan zijn op alleen de naam. Bijvoorbeeld als een beroepsbeoefenaar een veelvoorkomende naam heeft of met een andere naam in het BIG-register staat geregistreerd, zoals met de geboortenaam in plaats van de bij het huwelijk verkregen achternaam.

Ik zal deze verplichting afschaffen. De lasten van de verplichting staan niet in verhouding tot het effect op de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid.²⁴ Uiteraard moet de beroepsbeoefenaar het BIG-nummer nog

²¹ Infographic++Opdracht+voorbehouden+handelingen,+hoe+ga+ik+hiermee+om (1).pdf

²² Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde.

²³ Wegwijs in de Nederlandse mondzorg | KNMT.

²⁴ Kamerstukken II 2022/23, 29 282, nr. 522.

steeds kenbaar maken op verzoek van de patiënt. Het streven is om de verplichting per 1 januari 2026 af te schaffen.

3.2 Verbeteringen tuchtrecht

Beroepsbeoefenaren die met een beschermde beroepstitel in het BIG-register staan, het «zware regime» van artikel 3 Wet BIG, zijn onderworpen aan het tuchtrecht. Het tuchtrecht is gericht op het openbare belang van goede beroepsuitoefening. De kwaliteitsbewaking van het beroep staat daarbij voorop en niet het individuele belang van de klager. Verder ziet het tuchtrecht op het handelen van natuurlijke personen en niet op het handelen van instellingen en samenwerkingsverbanden. Het tuchtrecht moet namelijk vooral een lerend en corrigerend effect hebben voor de beroepsbeoefenaar en, in het verlengde daarvan, voor de gehele beroepsgroep.

Het is belangrijk om continu naar de werking van het tuchtrecht te blijven kijken en hierbij aandacht te hebben voor zowel de zorgmedewerker als ook voor diegene die een klacht gaat indienen:

- Ik ben blij u te kunnen melden dat ZonMw op 1 oktober 2024 is gestart met de evaluatie van het tuchtrecht. Zoals toegezegd aan uw Kamer is het doel van deze evaluatie om inzicht te krijgen in de doeltreffendheid en de effecten van het tuchtrecht van de Wet BIG en het functioneren in de praktijk.²⁵ De evaluatievragen richten zich onder andere op de wijzigingen van het tuchtrecht van 1 april 2019, zoals de rol van de tuchtklachtfunctionaris en de invoering van het griffierecht. De evaluatie wordt naar verwachting eind 2025 opgeleverd.
- Ook kan ik u melden dat de gezamenlijke beroepsorganisaties²⁶, met als penvoerders de KNMG en de V&VN, met mijn financiële steun voorlichtings- en informatiemateriaal over het tuchtrecht ontwikkelen.²⁷ Doel is om zorgmedewerkers die een tuchtklacht krijgen beter voor te bereiden op wat hen te wachten staat. Ook krijgen ze hiermee handvatten hoe ze hier lessen uit kunnen trekken voor hun eigen praktijk. Begin 2025 wordt het voorlichtings- en informatiemateriaal opgeleverd.
- Ik vind het belangrijk dat een tuchtklacht ook digitaal ingediend kan worden en deze keuzemogelijk in de wet te verduidelijken. Dit sluit aan bij de toegenomen digitalisering in de samenleving. Procederen langs elektronische weg draagt bij aan een snellere en veiligere communicatie. Ook zorgt dit voor een efficiëntere en meer duurzame werkwijze bij de tuchtcolleges. Het blijft mogelijk om een klacht ook op papier in te dienen.

3.3 Vernieuwen toets periodieke registratie basisartsen

Ik ben blij u te kunnen melden dat het PRC-traject voor basisartsen afgelopen zomer door de NFU en de Amsterdam UMC Academie met mijn financiële steun is vernieuwd. Dit was nodig om meer maatwerk te kunnen bieden en om beter aan te sluiten op actuele kwaliteitseisen.

²⁵ Kamerstukken II 2021/2022, 29 282, nr. 461.

²⁶ Met steun en medewerking van de Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO), de Nederlandse Associatie van Physician Assistants (NAPA), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), de Nederlandse Vereniging voor Technische Geneeskunde (NVvTG) en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

²⁷ Kamerstukken II 2022/23 29 282, nr. 522.

Voor alle beroepsbeoefenaren met een beschermde beroepstitel geldt dat zij die titel alleen mogen gebruiken als ze in het BIG-register staan ingeschreven. Een inschrijving in het register loopt na vijf jaar af. Om de registratie vervolgens weer vijf jaar te behouden, is herregistratie nodig. De gedachte achter deze periodieke registratie is dat de zorgmedewerker aantoont nog steeds het basisniveau te hebben voor het betreffende beroep. Meestal wordt de bekwaamheid aangetoond door relevante werkervaring die zij hebben opgedaan in de periode van vijf jaar voorafgaand aan het laten maken van de aantekening in het register van periodieke registratie. Een relatief klein aantal kiest ervoor om de kennis en bekwaamheid aan te tonen door het behalen van een toets. Als deze toets is behaald ontvangt de zorgmedewerker een Periodiek Registratie Certificaat (PRC) en kan deze zich weer voor vijf jaar registreren.

Om het PRC voor basisartsen toekomstbestendig te maken is aansluiting gezocht bij de al bestaande interuniversitaire Voortgangstoets Geneeskunde (iVTG). De iVTG is een bestaand instrument waar alle medische faculteiten in Nederland gebruik van maken om de kennisprogressie van studenten Geneeskunde gedurende hun studie te meten. Deze toets is de laatste jaren doorontwikkeld van een pure kennistoets naar een toets waarbij ook kennis over vaardigheden, wetenschappelijk denken en klinisch redeneren worden getoetst. Het iVTG maakt ook meer maatwerk mogelijk, omdat het om een adaptieve toets gaat. Dat betekent dat de afnemer van de toets vragen voorgelegd krijgt die steeds beter passen bij het kennisniveau naarmate de vragenreeks vordert. Een bijkomend voordeel van de iVTG is dat de doorlooptijd voor kandidaten is afgenomen ten opzichte van het oude PRC-traject. In het oude traject moesten namelijk drie modules met succes afgerond worden en was de doorlooptijd (zonder herkansing) minstens tien maanden. Bij toetsing via de iVTG kan de deelnemer zich op eigen tempo voorbereiden en de gehele toets afnemen op één van de vier toetsmomenten per jaar.

3.4 Toekomstbestendige Wet BIG

Gezien de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen is het belangrijk om steeds de toekomstbestendigheid van de Wet BIG in het oog te houden en te onderzoeken. Het is essentieel om zo min mogelijk te reguleren en de administratieve lasten voor zorgmedewerkers te beperken, mits de patiëntveiligheid blijft geborgd. Eerder in deze brief heb ik al gemeld dat de GR daarom is gevraagd om een advies uit te brengen over een aantal onderdelen van de Wet BIG. Ik kan u melden dat de GR verwacht het advies begin 2025 uit te brengen.

De GR zal in het advies ingaan op een helder en toegankelijk kader voor regulering van mogelijke nieuwe voorbehouden handelingen en de noodzaak om nieuwe beroepen in de Wet BIG te reguleren. Onderdeel van de adviesaanvraag is ook het beleggen van de adviestaak over nieuwe aanvragen voor voorbehouden handelingen en regulering van beroepen bij een onafhankelijke raad. Voor wat betreft de voorbehouden handelingen kijkt de GR specifiek naar de vraag of het mogelijk is om handelingen waaraan relatief weinig risico's verbonden zijn van de lijst van voorbehouden handelingen uit te zonderen. Dat biedt in de praktijk meer flexibiliteit. Denk bijvoorbeeld aan oppervlakkige wonden hechten met lijm, als uitzondering op de huidige voorbehouden «heelkundige handeling». Voor wat betreft de toelating van nieuwe beroepen in de Wet BIG kijkt de GR naar een duidelijk integraal toetsingskader. De GR kan dan aan de hand van de (nieuwe) criteria voor voorbehouden handelingen adviseren welke handelingen voorbehouden zouden moeten worden, aan welke beroepsgroep en met welke bevoegdheid.

Kortom, de wet BIG blijft ook in 2025 in beweging en ik streef naar een Wet BIG die de patiëntveiligheid waarborgt en tegelijkertijd de flexibiliteit op de arbeidsmarkt faciliteert.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Agema