

- De meerwaarde om te kiezen voor een functionele zelfstandigheid is dat (een deel van) een beroepsgroep door de MVWS collectief deskundig verklaard kan worden. Dit kan belangrijk zijn als in de praktijk niet (geheel) duidelijk is wie over welke bekwaamheid beschikt. Vraag lijkt mij dan wel: is de opleiding van de GMH van voldoende niveau en vormt deze VH een belangrijk onderdeel van de opleiding (theorie en praktijk). Als dat laatste zo is en er dus onduidelijkheid heerst over wie hier nu bevoegd en bekwaam in is, kan functionele zelfstandigheid voor deze duidelijkheid zorgen.
- Voor de opdrachtgever is het gemakkelijker/duidelijker om een opdracht aan functioneel zelfstandigen te geven, het is duidelijk voor de opdrachtgever dat deze functioneel zelfstandigen bekwaam zijn in deze VH en dat er geen tussenkomst geregeld hoeft te worden.

5.1.2i,5.2.1

- We kunnen ook de huidige situatie behouden (daarbij mogen mondhygiënisten alleen in opdracht foto's maken); wat zouden daarvan voordelen en nadelen zijn?

Voor de zelfstandig bevoegde tandartsen betekent dit dat zij de enige zijn die binnen de mondzorg foto's mogen maken → status. Dat zij bepalen of en wanneer ze een opdracht aan een MH willen geven. Nadeel van een opdracht is dat de opdrachtnemer/MH die graag deze VH zou willen doen altijd afhankelijk is van de tandarts (of deze het wil). We zien dit soort domeinenstrijd vaker zoals bij de VS-en en de artsen. Partijen komen er moeilijk zelf uit. Nadeel voor de zelfstandig gevestigde MH-en als er gewerkt moet worden met de normale opdracht (artikelen 35 en 38 Wet BIG) omdat er dan altijd een tandarts in de praktijk aanwezig moet zijn →circulaire/toetsingskader IGJ → betekent dus eigenlijk dat dit dan nooit mogelijk is.

- Is een functionele zelfstandigheid mogelijk bij foto's? of zit de stralingswet in de weg?

5.1.2i,5.2.1

5.1.2i,5.2.1

De regels uit de Kernenergiewet leiden niet tot een andere invulling van de opdrachtregeling in de Wet BIG.

Uit mail die ik vandaag ter check aan 5.1.2e stuurde:

De VH 'het verrichten van handelingen, op het gebied van de individuele gezondheidszorg, met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden' geldt het volgende.

1. Op grond van artikel 36, achtste lid van de Wet BIG zijn bevoegd voor deze VH:

- Artsen,
- Tandartsen,
- Klinisch technologen

Doch uitsluitend voor zover zij voldoen aan de krachtens de Kernenergiewet ter zake van het gebruiken van zodanige stoffen en toestellen gestelde eisen, alsmede, voor zover het betreft tandartsen en klinisch technologen, uitsluitend voor zover het betreft die behoren tot hun gebied van deskundigheid.

2. Een beroepsbeoefenaar dit niet in dit artikel wordt genoemd is niet zelfstandig bevoegd tot het indiceren, verrichten en delegeren van deze VH.

3. Op grond van de artikelen 35 en 38 Wet BIG kan een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar een niet zelfstandig bevoegde opdracht geven tot het **uitvoeren/verrichten** van deze VH, mits voldaan wordt aan de wettelijke eisen (bijvoorbeeld bekwaam zijn). Indiceren en delegeren mag niet door de opdrachtnemer. Een opdracht heeft alleen betrekking op het 'uitvoeren/verrichten' van de VH.

4. Naast de Wet BIG geldt er de Kernenergiewet. Uitgewerkt in het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming (Bbs). Dit besluit spreekt van medische blootstelling. Medische blootstelling, begrijp ik uit memo, bestaat uit drie fases:

- De rechtvaardiging van een medische blootstelling
- De handelingen die nodig zijn voor een medische blootstelling
- Het analyseren van een medische blootstelling en het stellen van een diagnose.

5. Op grond van het Bbs geldt dat **de rechtvaardiging voor een medische blootstelling** beoordeeld moet worden door **de verwijzende persoon en de medisch deskundige**. Als een niet zelfstandig bevoegde een medische blootstelling, als gedelegeerde handeling aanvraagt, dan wel een zelfstandig bevoegde een medische blootstelling wil delegeren, zal deze delegatie altijd moeten worden gerechtvaardigd door de zelfstandig bevoegde persoon die de VH heeft gedelegeerd. → voor mij voelt dit/is dit (de rechtvaardiging voor een medische blootstelling) niet anders dan het indiceren van een VH → op grond van de Wet BIG is het delegeren van het indiceren van een VH sowieso NIET mogelijk. Dit moet altijd gebeuren

door de zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar.

6. Artikel 8.4, tweede lid van het Bbs zegt dat de praktische handelingen (na rechtvaardiging medische blootstelling, dus nmm na indicatie door de zelfstandig bevoegde) op grond van artikel 38 Wet BIG kunnen worden gedelegeerd. Er is hier dus geen beperking van de Wet BIG. Dus zoals de Wet BIG zelf al bepaalt kan het verrichten van de VH zelf wel worden gedelegeerd.

7. De fase na de medische blootstelling → analyseren van de beelden en het geven van een diagnose op basis van deze analyse → Wet BIG reguleert deze fase, niet meer het Bbs (stopt na moment dat medische blootstelling heeft plaatsgehad). Het memo geeft geen conclusie over deze fase. Nmm gaat het hier om MEER van uitvoeren/verrichten van de handeling en kan dit niet gedelegeerd worden.

- Ik snap het nee tenzij principe nog niet helemaal: hoe kan dit een reden zijn om niet te kiezen voor het toekennen van VH-en?

Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat beroepen niet worden opgenomen in de wet, tenzij dit noodzakelijk is om patiënten te beschermen tegen onzorgvuldig of ondeskundig handelen. Dit is het «nee, tenzij»-principe en is gericht op een zo min mogelijke beperking van de werkwijze in de gezondheidszorg en vrije beroepsuitoefening. Het zorgt tevens voor maximale flexibiliteit op de arbeidsmarkt en inzet van zorgpersoneel.

De MH staan nu in artikel 34 met een functionele zelfstandige bevoegdheid voor 2 VH (anesthesie en gaatjes). Door nog een VH via een functionele zelfstandigheid toe te kennen (en ik begrijp dit alleen aan de GMH???) reglementeer je het beroep meer (alleen de GMH zou dit dan mogen doen en niet de MH) en beperk je aldus de vrije beroepsuitoefening.

Zie hieronder mijn aanvullend reactie op de vragen van 5.1.2e .
Kunnen we ook even doorlopen.

Groetjes,

5.1.2e

5.1.2e MEVA

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

+ 5.1.2e

Van: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl >

Verzonden: maandag 7 oktober 2024 12:44

Aan: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl >

Onderwerp: FW: vragen GMH

Hi 5.1.2e ,

Zie vast in rood hieronder mijn reactie op punten waar ik iig een bijdrage kan leveren.

Gr 5.1.2e

Vriendelijke groet, 5.1.2e

5.1.2e

Beroepen in de Zorg

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
Pamassusplein 5 | 2511 VX | Den Haag
Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Van: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl >

Verzonden: maandag 7 oktober 2024 11:59

Aan: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl >; 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl >

CC: 5.1.2e) < 5.1.2e @minvws.nl >

Onderwerp: vragen GMH

Zoals zojuist besproken hierbij een aantal vragen die we ihkv GMH iig onder de loep moeten nemen.

Ik begrijp dat je al van_@ (5.1.2e) (dankjewel!) had gehoord dat zij bij kan springen; fijn als jullie even samen bezien wat handig is!

5.1.2e gaat deze week met de BIG brief aan de slag; ik realiseer mij dat dit voor dit dossier te snel is. Handig als jullie ergens de komende twee weken eea kunnen uitzoeken; dan nemen we de teksten op in een volgende BIG-TK-versie op 21 oktober.

Bij vragen trek svp aan de bel bij mij. Altijd bereid om mee te denken/ brainstormen.

Alvast dank! Groetjes, 5.1.2e

- Is het maken van röntgenfoto's hetzelfde als werken met ioniserende straling en/ of ioniserende vloeistoffen? Wat houdt deze voorbehouden handeling in? Foto's klinkt minder breed dan werken met vloeistoffen.

JA

Foto's valt eronder, zie hieronder.

Tekst & Commentaar

9. Handelingen waarbij gebruik wordt gemaakt van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden (lid 8)

Het betreft handelingen die worden verricht op het gebied van de radiodiagnostiek, radiotherapie en nucleaire geneeskunde. Voorbeelden zijn respectievelijk röntgenonderzoek (foto's), behandeling van bepaalde vormen van kanker met bestraling en diagnostiek en therapie door middel van radioactieve stoffen die in het lichaam worden opgenomen. Zelfstandig bevoegd tot het gebruik hiervan zijn artsen en voorts tandartsen voor zover de handelingen strekken tot een tandheelkundig doel (zie [art. 21](#) Wet BIG). Voor zowel artsen als tandartsen (en voor degenen die in hun opdracht deze handelingen verrichten) geldt dat zij tevens gebonden zijn aan de wetgeving en Europese regelgeving m.b.t. stralingshygiëne

- Waarom is in 2006 (toen funct. zelfst. bevoegdheid voor 2 andere handelingen is toegekend) niet ook handeling [funct. zelfst. bevoegdheid röntgenfoto's](#) toegekend aan MH's? dit kan ik niet goed terugvinden. Samen even naar kijken.
- Hoe verhoudt zich dit tot werken met ioniserende straling/ vloeistoffen bij de klinisch fysicus en het besluit dat deze naar art. 3 gaat van 34? Was klinisch fysicus altijd al zelfstandig bevoegd hiervoor? Samen even naar kijken.

Nee de KF was niet altijd al zelfstandig bevoegd hiervoor. Ze hebben recent een verzoek hiervoor gedaan. Daar is 5.1.2e dus mee bezig.

Europese regelgeving was in 2005 de aanleiding over te gaan tot het wettelijk regelen van de opleiding tot klinisch fysicus op grond van artikel 34 van de Wet BIG. Het gaat hier om de Europese richtlijn Euratom over de bescherming van personen tegen de gevaren van ioniserende straling in verband met medische blootstelling. Deze richtlijn is geïmplementeerd in het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming. Op grond van dit besluit moet een klinisch fysicus nauw betrokken worden bij radiotherapeutische verrichtingen. Ook moet de klinisch fysicus beschikbaar zijn bij standaard therapeutische nucleaire geneeskundige verrichtingen en bereikbaar zijn voor advies over stralingsbeschermingsaspecten. Naar aanleiding hiervan is het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied klinisch fysicus tot stand gekomen dat strekt tot uitvoering van artikel 34 van de Wet BIG. Dit besluit is op 14 oktober 2009 in werking getreden en beperkt zich in hoofdzaak tot het stellen van globale eisen die betrekking hebben op de toelating tot de opleiding tot klinisch fysicus en het deskundigheidsgebied van de klinisch fysicus.

De klinisch fysicus, met uitzondering van de klinisch fysicus audioloog, is verantwoordelijk voor het berekenen van de dosis van de radioactieve stoffen bij medische toepassing en de manier waarop deze dosis wordt gegeven aan de patiënt. De klinisch fysicus is deskundig tot het verrichten van de voorbehouden handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden. Deze voorbehouden handeling is vastgelegd in artikel 36, achtste lid, van de Wet BIG. Alleen een arts, tandarts en klinisch technoloog (voor zover de handeling wordt gerekend tot hun gebied van deskundigheid) mag deze handeling zelfstandig verrichten. De klinisch fysicus, met uitzondering van de klinisch fysicus audioloog, voert deze voorbehouden handeling op dit moment uit in opdracht van een zelfstandig bevoegde arts (artikelen 35 en 38 Wet BIG).

EU-regelgeving op het gebied van ioniserende straling maakte eerder een wettelijke regeling van het beroep van klinisch fysicus

- Is toewijzen van funct. zelfst. bevoegdheid m.b.t. röntgenfoto's/ ioniserende straling vanuit EU regelgeving en kernenergiewet mogelijk? Zitten hier nog voorwaarden aan vast?

Zie mail aan 5.1.2e met vraag check, volgens mij geen belemmeringen vanuit Kernenergiewet om het verrichten/uitvoeren van deze VH te delegeren.

- Welke administratieve gevolgen heeft deze funct. zelfst. bevoegdheid m.b.t. röntgenfoto's maken.

Voordeel voor de opdrachtgever is dat hij kan uitgaan van de bekwaamheid van de functioneel zelfstandige bevoegde, dus dat scheelt hem een hoop werk als hij aan deze beroepsgroep delegeert. Ipv steeds een aparte opdracht bijvoorbeeld.

- Uit nota klinisch fysicus: het 'nee, tenzij' principe sluit aan bij Europese normen van het vrije verkeer van personen. Het 'nee, tenzij' principe prevaleert boven de complexiteit van de beroepenregulering.
- Zijn alle mondhygiënist opgeleid om röntgenfoto's te maken? JA maken wel. Voor zelfstandig indiceren en delegeren is stralingscertificaat nodig. = aanvullend onderwijs. De GMH heeft die. Sinds wanneer zit dit in de opleiding? Sinds 1967 Alleen theorie of ook praktijkervaring? Ook praktisch. Zijn er binnen het beroep mondhygiënist verschillende richtingen? (zoals nu tijdens het experiment? MH en GMH?) Ja, je hebt dus MH uit verschillende afstudeerjaren (3 en 4 jarige opleiding). Nu alleen nog maar aanbod van 4 jarige opleiding.
 - MH na/ voor 1992: verlenging van opleiding naar 3 jaar
 - MH na 2002 – verlenging naar vierjarige opleiding ivm verschuiving van taken, 3 VH in de opleiding – waarom destijds niet 3 ook in amvb geregeld?
 - MH na 2006 afgestudeerd
 - MH na 2006 afgestudeerd en een stralingscertificaat
- M.b.t. 'duidelijker voor patiënt':
 - waar blijkt uit dat het voor de patiënt op dit moment onduidelijk is? Was niet doel van evaluatie om dit te onderzoeken. Of niet eerder aan de orde gekomen? Niet aan bod gekomen was niet het doel van dit onderzoek. Was meer een eigen constatering.
 - Is wetgeving hiervoor het juiste instrument? Wellicht communicatie als instrument inzetten: op de rijksoverheid site is informatie te vinden over 'wie mag wat'.
 - Komen er verschillende 'groepen MH's' wat voor onduidelijkheid kan zorgen? Ja dat kan; er zou sowieso een overgangsregeling moeten komen voor iedereen die voor 2006 is afgestudeerd.
- Bij de evaluatie 36a gaat het om de vraag of de toedeling van de zelfstandige bevoegdheid doelmatig en doeltreffend is; dus in hoeverre het bijdraagt aan efficiëntere en effectievere zorg. Klopt het dat uit het MUMC onderzoek slechts in beperkte mate is aangetoond dat tijdswinst optreedt door het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten. Ja dat klopt.
- Indiceren blijft bij een functioneel zelfstandige bevoegdheid bij de tandarts. Wat is precies voordeel van toekennen van funct. zelfstandige bevoegdheid?

Bij een opdracht blijft het indiceren altijd bij de functioneel zelfstandige beroepsbeoefenaar. Slechts het verrichten/uitvoeren van de VH is toegestaan in zowel de normale opdrachtregeling op grond van de artikelen 35 en 38 Wet BIG als op grond van een functionele zelfstandigheid (wat ook gewoon een opdracht is, maar waarbij aan één voorwaarde niet meer hoeft te worden voldaan, nl toezicht/tussenkومت).

T&C Gezondheidsrecht, commentaar op artikel 39 Wet BIG geeft over voordeel hiervan aan dat:

De meerwaarde van artikel 39 Wet BIG daarin is gelegen dat de minister een (deel van een) beroepsgroep collectief deskundig kan verklaren. Dit kan van belang zijn als in de praktijk niet (geheel) duidelijk is wie over welke bekwaamheid beschikt, zoals het geval kan zijn bij verpleegkundigen.

Verder geeft T&C aan: Het is de bedoeling dat de minister pas tot nadere regeling overgaat als een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg dat vereist. Bovendien moet de opleiding van de beroepsgroep van voldoende niveau zijn en moeten de handelingen een belangrijk onderdeel van de opleiding vormen.

Bij de MHAZ hebben wij als reden voor het toekennen van een funct zelfstandige bevoegdheid boven bijvoorbeeld de gewone opdrachtregeling opgenomen:

Er wordt niet gekozen voor een volledig zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van de voorbehouden handelingen, maar voor een functionele zelfstandigheid van de MHAZ. Deze functionele zelfstandigheid houdt in dat een zorgverlener in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar – bijvoorbeeld een arts – een voorbehouden handeling mag verrichten zonder dat toezicht en tussenkومت van de opdrachtgever noodzakelijk zijn. De bevoegdheid en de verantwoordelijkheid voor het stellen van een indicatie voor die voorbehouden handeling blijft berusten bij de in artikel 36 van de Wet BIG genoemde beroepsbeoefenaren. Functioneel zelfstandige bevoegdheid is geschikt voor beroepsgroepen die bepaalde voorbehouden handelingen met grote mate

4296665
van zelfstandigheid en deskundigheid uitvoeren. Dat is bij de MHAZ aan de orde. De keuze voor een functioneel zelfstandigheidsbevoegdheid voor de MHAZ en niet voor een volledig zelfstandige bevoegdheid is zoals in paragraaf 2.3 uitgelegd, gelegen in de gewenste samenhang van het beroep van MHAZ met dat van de ambulanceverpleegkundige en de andere genoemde beroepsgroepen^[1] waar ook geen volledig zelfstandige bevoegdheid van toepassing is.

Het expliciet vastleggen van een functionele zelfstandigheid voor de MHAZ heeft zoals gezegd meerwaarde boven de mogelijkheden die de artikelen 35 en 38 van de Wet BIG al bieden om in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar voorbehouden handelingen te verrichten in situaties waarin niet steeds een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar beschikbaar is om toezicht te houden en tussen te komen. In de acute zorg is dat vaak het geval. Bij vastlegging van functionele zelfstandigheid mag de opdrachtgever veronderstellen dat toezicht en tussenkomst niet nodig zijn. Voorts biedt functionele zelfstandigheid de (tucht)rechter houvast bij het beoordelen van situaties waarin het handelen van de opdrachtgever of de opdrachtnemer moet worden getoetst. De functioneel zelfstandige bevoegdheid van de MHAZ zal worden vastgelegd in het Besluit functionele zelfstandigheid.

- Hoeveel (in verhouding) zelfstandige klinieken zonder TA hebben meegedaan aan deze proef? Kunnen we hierover uitspraken doen? Was niet doel van evaluatie om dit te onderzoeken. Of niet eerder aan de orde gekomen?

de functie van GMH is 8,4 (8,2) jaar. De grote meerderheid van de GMH is ingeschreven in het diplomaregister (82,8%) en in het Kwaliteitsregister Mondhygiënisten (72,9%). GMH geven aan meerdere dienstverbanden naast elkaar te hebben. Bijna de helft van de GMH is werkzaam als ZZP, vaker op omzetbasis (43,1%) dan op uurtariefbasis (3,4%). Daarnaast is 32,8% werkzaam als zelfstandige praktijkhouder en 36,6% in loondienst.

Tijdens T3 zijn 10 GMH praktijkhouder van een praktijk met uitsluitende mondhygiënisten.

Uit gegevens van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) blijkt dat meer dan

- Wat zijn de issues m.b.t. erkenning van beroep vanuit EU/ derdland als we iets aan funct. zelfst. bevoegdheid toevoegen? Werpen we nu extra drempel op? Relatie proportionaliteitsrichtlijn.

5.1.2e, ik heb hierover in mijn wetsvoorstel een hele paragraaf mbt de beroepen MHAZ en KF. Ik citeer deze hieronder volledig omdat ik denk dat dat voor jou handig is:

8. Verhouding tot hoger recht

Op grond van Richtlijn (EU) 2018/958 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen (hierna: richtlijn)^[2] moeten lidstaten een evenredigheidsbeoordeling verrichten voordat nieuwe regels worden ingevoerd die de toegang tot of de uitoefening van een gereguleerd beroep beperken of dergelijke bestaande regels wijzigen ('ex-ante evenredigheidsbeoordeling'). Deze evenredigheidsbeoordeling houdt in dat de voorgestelde regels gerechtvaardigd zijn uit hoofde van een doelstelling van algemeen belang en dat ze evenredig zijn. Doel hiervan is de goede werking van de interne markt te waarborgen, en tegelijk te zorgen voor transparantie en een hoog niveau van consumentenbescherming.

Twee onderdelen van dit wetsvoorstel vallen onder de richtlijn: regulering van de beroepen MHAZ en die van de klinisch fysicus in artikel 3 van de Wet BIG (titelbescherming; 'het zware regime'). Door de invoering van titelbescherming voor deze beroepen wordt de toegang tot of de uitoefening van beide beroepen beperkt. Voortaan mag immers alleen degene die in het BIG-register als MHAZ en als klinisch fysicus is ingeschreven de betreffende titel voeren. Het is dan verboden om deze titels (of een daarop gelijkende titel) te voeren als betrokkene niet in het BIG-register is ingeschreven. Voor bepaalde categorieën klinisch fysici geldt voorts dat zij de zelfstandige bevoegdheid toegekend krijgen om de voorbehouden handeling met ioniserende straling te verrichten.

Hierna wordt voor beide beroepen ingegaan op de evenredigheidsbeoordeling. De conclusie is dat de voorgestelde bepalingen in dit wetsvoorstel over de MHAZ en de klinisch fysicus in het licht van de richtlijn gerechtvaardigd en evenredig zijn.

In casu is de doelstelling van algemeen belang die door de voorgestelde bepalingen wordt nagestreefd het belang van volksgezondheid.^[3] Doelstellingen van de Wet BIG zijn immers het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de

beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoef4296665
de individuele gezondheidszorg. Voorts zijn de voorgestelde bepalingen over de MHAZ en de klinisch fysicus geschikt om de
doelstelling van algemeen belang te bereiken. De voorgestelde toevoeging voor de registratie in het BIG-register, de toekenning
van titelbescherming, het feit dat beide beroepen voortaan onderworpen zijn aan het tuchtrecht, en het toekennen van
zelfstandige bevoegdheid aan bepaalde categorieën klinisch fysici zijn geschikte maatregelen om het doel volksgezondheid –
bescherming van patiënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen – te verwezenlijken.

Daarnaast eist de richtlijn dat de maatregel evenredig moet zijn: de maatregel moet noodzakelijk zijn om het doel te bereiken en
mag niet verder gaan dan wat nodig is voor het bereiken van dat doel. Wat de klinisch fysicus betreft is deze evenredigheidstoets
reeds uitgebreid aan de orde gekomen bij de toetsing aan de criteria om het beroep klinisch fysicus onder het 'zware
regime'(artikel 3 Wet BIG) te brengen [zie paragrafen ... en ...]. Daarbij is ingegaan op de noodzaak tot het zelfstandig verrichten
van voorbehouden handelingen dan wel de noodzaak van toepassing van het tuchtrecht. De conclusie is dat voor drie van de vier
categorieën klinisch fysici voldaan is aan het voorbehouden-handelingen-criterium (het betreft hier voorbehouden handeling met
ioniserende straling). Ten aanzien van de klinisch fysicus audioloog is na toetsing aan het tuchtrechtcriterium (onder andere of de
patiënt zich in een zeer afhankelijke en kwetsbare positie ten opzichte van de beroepsbeoefenaar bevindt) geconcludeerd dat
regulering in artikel 3 van de Wet BIG noodzakelijk is. Zoals ook uit de vorengenoemde paragrafen blijkt, zijn de bestaande, minder
beperkende regels (regulering op grond van artikel 34 Wet BIG; 'lichte regime') ontoereikend gebleken.

Ook ten aanzien van regulering van de MHAZ is hiervoor in paragraaf [... en ...] uitgebreid ingegaan op de noodzaak en
evenredigheid van de regulering van het beroep. Het beroep van de MHAZ begeeft zich op het terrein van de individuele
gezondheidszorg, omdat er handelingen worden verricht die ertoe strekken een persoon van een ziekte te genezen. Verder is er
sprake van direct patiëntcontact bij het verlenen van reguliere zorg. Daarbij komt dat de MHAZ inmiddels een breed basisberoep is
dat werkzaam is in de acute zorg. Zoals uit paragraaf [...] blijkt, is wettelijke regulering van het beroep nodig vanuit het belang van
patiëntveiligheid, omdat de MHAZ in een setting werkt waarin acute zorg wordt verleend en voorbehouden risicovolle handelingen
functioneel zelfstandig zullen worden verricht door middel van directe interventies. Het is van belang dat dit alleen geschiedt door
beroepsbeoefenaren die daartoe bevoegd en bekwaam zijn doordat zij daarvoor een opleiding hebben gevolgd. Dit om de patiënt
te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door de MHAZ. Omdat niet op een andere wijze adequaat kan
worden bereikt dat de bovenbedoelde voorbehouden handelingen slechts door daartoe opgeleide personen worden verricht, is
wettelijke regulering van het beroep MHAZ noodzakelijk. Vanwege het functioneel zelfstandig toekennen van een aantal risicovolle
voorbehouden handelingen aan de MHAZ is het wenselijk dat het publiekrechtelijk tuchtrecht van toepassing wordt op deze
beroepsgroep om daarmee beroepsbeoefenaren van het beroep van MHAZ te kunnen uitsluiten wanneer daartoe aanleiding is.

- **Uitgangspunt dit kabinet: taken herverdelen, geen extra regels en administratieve lasten. Wat maakt nodig dat BIG wet- en regelgeving wordt aangepast? Wat is precies nodig vanuit patiëntveiligheid en kwaliteit zorgverleners? Ontwikkelingen arbeidsmarkt (bijv. CZ wil inzetten op meer preventie) geen argument om te reguleren in BIG.**



Met vriendelijke groet,

5.1.2e

5.1.2e directie MEVA

Afdeling Beroepen en Innovatie in de Zorg

M 5.1.2e | E 5.1.2e [@mlnvws.nl](mailto:5.1.2e@mlnvws.nl)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350 | 2500 EJ | Den Haag

[1] De SEH-verpleegkundige, anesthesiemedewerker, operatieassistent, hartfunctielaborant, medewerker hartcatheterisatiekamer (HCK) of van de EHH/CCU verpleegkundige.

[2] Richtlijn (EU) 2018/958 van het Europees Parlement en de Raad van 28 juni 2018 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen (PbEU 2018, L 173).

[3] Artikel 6 van de richtlijn.