

1. Weet jij waarom er aanvankelijk voor gekozen is om geen functionele zelfstandigheid voor foto's toe te kennen? We hebben dit wel specifiek voor gaatjes en verdoven gedaan. Kan niet goed terugvinden in de toelichtingen of er overwegingen zijn geweest om dit voor foto's niet te doen.

5.1.2i,5.2.1

2. Zie jij redenen om te kiezen voor functionele bevoegdheid voor foto's ipv in opdracht?

5.1.2i,5.2.1

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

5.1.2i,5.2.1

4. Is een functionele zelfstandigheid mogelijk bij foto's? of zit de stralingswet in de weg? (volgens mij kan het gewoon, je mag ook in opdracht)

5.1.2i,5.2.1

5. 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?

5.1.2i,5.2.1

5.1.2i,5.2.1

6. 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.

5.1.2i,5.2.1

5.1.2i,5.2.1

7. 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?

5.1.2i,5.2.1

8. 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?

5.1.2i,5.2.1

5.1.2i,5.2.1

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

5.1.2i,5.2.1

11. 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.

12. Zijn alle mondhygiënisten opgeleid om röntgenfoto's te maken?

5.1.2i,5.2.1

5.1.2i,5.2.1

13. M.b.t. 'duidelijker voor patiënt':

a. 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?

5.1.2i,5.2.1

b. Is wetgeving hiervoor het juiste instrument? Wellicht communicatie als instrument inzetten: op de rijksoverheid site is informatie te vinden over 'wie mag wat'.
c. Komen er verschillende 'groepen MH's' wat voor onduidelijkheid kan zorgen?

5.1.2i,5.2.1

14. Bij de evaluatie 36a gaat het om de vraag of de toedeling van de zelfstandige bevoegdheid
a. 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 tijdwinst optreedt door het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten.

5.1.2i,5.2.1

15. Indiceren blijft bij een functioneel zelfstandige bevoegdheid bij de tandarts. Wat is precies voordeel van toekennen van funct. zelfstandige bevoegdheid?

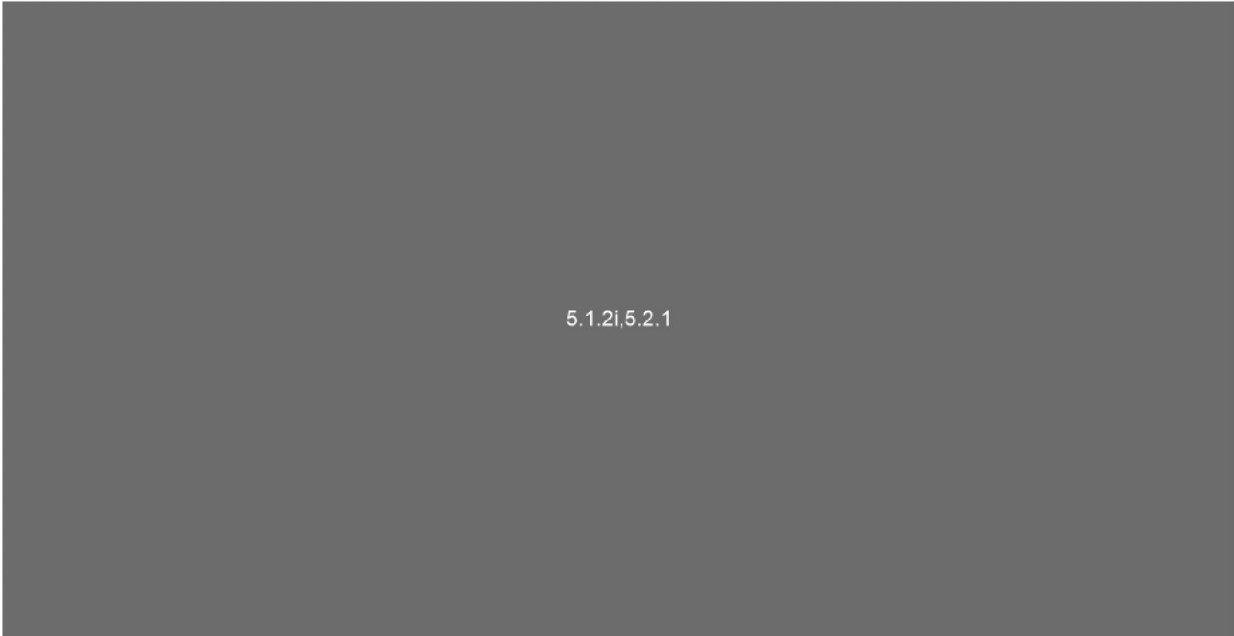
5.1.2i,5.2.1

16. 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?

5.1.2i,5.2.1


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

5.1.2i,5.2.1



5.1.2i,5.2.1

18. Uitgangpunt 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.



5.1.2i,5.2.1