

I Algemeen

1.1 Inleiding

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: de Wet BIG) is een kwaliteitswet. De doelstelling van de wet is tweeledig: het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg. Niet alle beroepen in de zorg worden wettelijk gereguleerd. Wettelijke regulering van beroepen vindt plaats voor beroepsbeoefenaren die risicovolle handelingen verrichten of als dat anderszins vanuit het perspectief van patiëntveiligheid nodig is. De Wet BIG kent twee regimes om beroepen te reguleren. Er is een zogenaamd 'zwaar' regime op grond van artikel 3 en een zogenaamd 'licht' regime op grond van artikel 34. Beroepen in het lichte regime kennen een beschermde opleidingstitel. Deze titel mag gevoerd worden als een opleiding is afgerond die voldoet aan de bij of krachtens de wet gestelde eisen. Beroepen in het zware regime kennen een beschermde beroepstitel en zijn onderworpen aan het tuchtrecht. Voor deze beroepen is het BIG-register in het leven geroepen. De titels van die beroepen mogen gevoerd worden indien de beroepsbeoefenaar is ingeschreven in het voor dat beroep ingestelde BIG-register. In artikel 3 van de Wet BIG zijn elf beroepen opgenomen, zoals bijvoorbeeld de arts, tandarts en de verpleegkundige. Dit worden ook wel de '*basisberoepen*' genoemd.

Dit wetsvoorstel regelt ten eerste dat de beroepen medisch hulpverlener acute zorg (MHAZ) en klinisch fysicus worden opgenomen in het BIG-register en daarmee titelbescherming voor deze beroepen gaat gelden en het tuchtrecht op deze beroepen van toepassing wordt. Daartoe worden de artikelen 3 en 47 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) aangepast. Ook wordt de mogelijkheid in de Wet BIG opgenomen om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen over de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied van de MHAZ en de klinisch fysicus. Daarnaast wordt geregeld dat aan de klinisch fysicus, met uitzondering van de klinisch fysicus audioloog, de zelfstandige bevoegdheid wordt toegekend tot het verrichten van handelingen met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden. Deze handelingen vallen onder de zogenaamde '*voorbehouden handelingen*'. Voor wat betreft de MHAZ zal een functioneel zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen worden toegekend in het Besluit functionele zelfstandigheid.

Ten tweede brengt dit wetsvoorstel een wijziging aan in de regels die gelden voor periodieke registratie; daartoe wordt artikel 8, tweede lid, Wet BIG aangepast. Om het moment van periodieke registratie te bepalen zijn de in het tweede lid van artikel 8 van de wet vastgelegde peildata van belang. De wijziging ziet op de situatie dat er sprake is van een buitenlands diploma dat erkend is en waarbij een aanpassingsstage is gevolgd of een proeve van bekwaamheid is afgelegd. Met deze wijziging wordt een onderscheid gemaakt tussen beroepsbeoefenaren die direct een erkenning van beroepskwalificaties ontvangen en beroepsbeoefenaren die daarvoor eerst nog een aanpassingsstage of proeve van bekwaamheid moeten verrichten. Hiermee wordt de eerdere wijziging uit 2019 van dit artikel waarmee de datum van het behaalde diploma op grond waarvan een erkenning van beroepskwalificaties is verkregen, als peildatum voor de periodieke registratie is gaan gelden gedeeltelijk ongedaan gemaakt. Dit omdat gebleken is dat dat deze wijziging voor sommige personen in praktijk onwenselijk uitpakte.

Tot slot maakt dit wetsvoorstel het mogelijk dat de tuchtrechtelijke procedure voor wat betreft de indiening en uitwisseling van stukken digitaal kan plaatsvinden.

1.2 Aanleiding opname beroepen MHAZ en klinisch fysicus in de Wet BIG

1.2.1 Beroep MHAZ

In 2017 is op grond van artikel 36a van de Wet BIG gestart met een experiment voor de duur van vijf jaar waardoor de beroepsgroep Bachelor Medisch Hulpverlener (hierna: BMH) tijdelijk zelfstandig bevoegd was tot het verrichten van specifiek aangewezen voorbehouden handelingen.¹ Het beroep van de BMH is geïntroduceerd om een bijdrage te leveren aan de toenemende behoefte aan medisch ondersteunend personeel als gevolg van een stijgende vraag naar zorg in acute situaties. Daarnaast heeft de toenemende behoefte aan breder inzetbaar personeel geleid tot de opleiding tot BMH. Hiermee worden zorgprofessionals opgeleid die flexibel inzetbaar zijn. Het experiment maakte het mogelijk dat de BMH tijdelijk op eigen gezag bepaalde voorbehouden handelingen kon indiceren en verrichten binnen het eigen deskundigheidsgebied. Doel van het experiment was om te bezien of een zelfstandige bevoegdheid van de BMH in de dagelijkse praktijk vereist is om een bijdrage te leveren aan efficiëntere en effectievere zorg.

Het experiment, dat tot 1 mei 2022 liep, is geëvalueerd door het evaluatieteam Taakherschikking van het Maastricht UMC+.² Dit onderzoek bevestigde dat deze professionals een waardevolle aanvulling zijn in de zorg. Naar aanleiding van de evaluatie is besloten om een wetsvoorstel voor te bereiden waarmee de BMH, die daarbij een andere naam zou moeten krijgen (die hierover paragraaf 2.3.2), voor de specifieke context van de acute zorg, wordt opgenomen in artikel 3 van de Wet BIG. Dit onder de voorwaarde dat er meer praktijkmomenten in de opleiding zouden worden opgenomen, zodat de bekwaamheid op het moment van afronding van de opleiding is gewaarborgd.³ Het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid bachelor medisch hulpverlener is per 1 mei 2022 komen te vervallen. Vanaf deze datum verricht de BMH de werkzaamheden binnen de mogelijkheden die de artikelen 35 en 38 van de Wet BIG biedt met de opdrachtverlening. Het heeft voor de opleidingen enige tijd gekost om de opleiding aan te passen aan deze gestelde voorwaarden. Inmiddels is aan de hiervoor genoemde voorwaarden voor opname in de Wet BIG voldaan (meer praktijkonderwijs en een andere naam voor het beroep BMH) en wordt met dit wetsvoorstel voorgesteld het beroep in de Wet BIG op te nemen.

In hoofdstuk 2 van deze memorie van toelichting wordt nader ingegaan op de MHAZ, zoals de BMH inmiddels wordt aangeduid. In het vervolg van deze memorie van toelichting (paragrafen 2.1 tot en met 2.3.2) wordt de aanduiding BMH gebruikt als het gaat over de opleiding, het experiment en de evaluatie daarvan. De nieuwe aanduiding MHAZ wordt gebruikt voor de periode na het experiment (paragraaf 2.3.2 tot en met 2.4).

¹ Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid bachelor medisch hulpverlener.

² De Bruijn-Geraets, D.P., Bessems-Beks, M.C.M., Aldenhoven, L., van Eijk-Hustings, Y.J.L., Vrijhoef, H.J.M (2021). Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Bachelor Medisch Hulpverlener. Maastricht: Maastricht UMC+, KEMTA.

³ Kamerstukken II 2021/22, 29282, nr. 454.

1.2.2 Beroep klinisch fysicus

Op 10 december 2018 heeft de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (hierna: NVKF) een verzoek ingediend om de klinisch fysicus als beroep titelbescherming te geven en daartoe op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG. De NVKF acht het noodzakelijk om de klinisch fysicus als beschermd beroep te reguleren vanwege de kwaliteit, veiligheid en transparantie van de individuele patiëntenzorg. Op 1 april 2019 is aan het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) gevraagd het verzoek van de NVKF te beoordelen en advies uit te brengen over opname van de klinisch fysicus in artikel 3 van de Wet BIG.⁴ Het Zorginstituut heeft vervolgens twee adviezen uitgebracht (eerste advies op 14 februari 2023 en het tweede advies op 10 juli 2024) die tezamen tot de conclusie leiden dat er noodzaak is om het beroep klinisch fysicus in artikel 3 van de Wet BIG op te nemen.⁵ Deze positieve adviezen vormen de directe aanleiding voor dit wetsvoorstel.

In hoofdstuk 3 van deze memorie van toelichting wordt nader ingegaan op de klinisch fysicus.

2 Beroep MHAZ

2.1 Achtergrond en positie MHAZ

De directe aanleiding voor het voorstel de MHAZ te regelen in artikel 3 van de wet is het feit dat het experiment met de BMH is afgelopen en de wens bestaat het beroep van BMH onder een andere naam (MHAZ) in de wet BIG op te nemen en functionele zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan dit beroep.

De BMH is een relatief nieuwe zorgprofessional in de Nederlandse gezondheidszorg. De hbo-opleiding BMH is in 2010 geïntroduceerd door de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en de Hogeschool Utrecht (HU) en in 2012 gevolgd door de Hogeschool Rotterdam, om te anticiperen op een sterk toenemende vraag naar medisch ondersteunend personeel in de zorg en bredere opleidingsperspectieven en daarmee bredere inzetbaarheid van zorgprofessionals te realiseren. De opleiding is een vierjarige bacheloropleiding gericht op de behandeling van patiënten in (mogelijk) levensbedreigende situaties. Gedurende de opleiding verwerft de BMH een brede medisch ondersteunende basiskennis binnen de deelgebieden acute zorg, interventiezorg of diagnostiek. De opleiding kende aanvankelijk in de eerste twee jaar een gezamenlijk deel met daarna verschillende uitstroomrichtingen. Na het tweede jaar volgde een differentiatie op één van de volgende deelgebieden: ambulancezorg, spoedeisende hulp, anesthesie, operatieve zorg en cardiodiagnostiek/interventie-cardiologie.

De opleiding is gebaseerd op de systematiek van de Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMeds) met zeven competentiegebieden of rollen: medisch hulpverlener, communicator, teamspeler, organisator, belangenbehartiger, innovator of educator en lerende professional. De BMH kan dankzij de brede opleiding in de acute zorg

⁴ Op grond van artikel 66f van de Zorgverzekeringswet rapporteert het Zorginstituut desgevraagd aan de minister van VWS over de uitvoerbaarheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid in verband met vernieuwingen en verbeteringen in de structuur van de beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg.

⁵ Eerste advies van het Zorginstituut: "De klinisch fysicus in artikel 3 van de Wet BIG?", van 14 februari 2023, en het tweede advies: "Is er voor de klinisch fysicus met de differentiatie audiologie een noodzaak voor het publiekrechtelijk tuchtrecht?", van 10 juli 2024.

in verschillende zorgsettings worden ingezet, wat de BMH onderscheidt van meer specifiek opgeleide beroepsbeoefenaren. Met de positionering in het medisch (ondersteunend) domein, onderscheidt de BMH zich van de verpleegkundige. In de algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 33h van de Wet BIG zal het deskundigheidsgebied van de BMH nader worden omschreven.

2.2 Experiment met het beroep BMH

Op grond van artikel 36a van de Wet BIG kunnen bij wijze van experiment bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren bij algemene maatregel van bestuur voor een periode van maximaal vijf jaar zelfstandig bevoegd worden verklaard tot het verrichten van in de maatregel aangewezen voorbehouden handelingen. Van 1 mei 2017 tot 1 mei 2022 is van deze mogelijkheid gebruik gemaakt door aan de BMH een tijdelijke zelfstandige bevoegdheid toe te kennen om vijf van de in totaal veertien bestaande voorbehouden handelingen te verrichten. Het betrof de volgende voorbehouden handelingen:

- a. het geven van een subcutane, intramusculaire of intraveneuze injectie (artikel 36, vijfde lid, Wet BIG);
- b. het verrichten van een catheterisatie van de blaas bij volwassenen alsmede het inbrengen van een maagsonde of een infuus (artikel 36, vierde lid, Wet BIG);
- c. het verrichten van bloedafname via een venapunctie (artikel 36, zesde lid, Wet BIG);
- d. het verrichten van electieve cardioversie (artikel 36, negende lid, Wet BIG);
- e. het verrichten van de volgende handelingen in het kader van acute zorg:
 - i. het toepassen van defibrilatie (artikel 36, tiende lid, Wet BIG);
 - ii. het in-, of extuberen van de luchtpijp met een orale of nasale tube (Deze handeling valt onder de categorie 'catheterisaties uitvoeren' als bedoeld in artikel 36, vierde lid, Wet BIG);
 - iii. het toepassen van een drainagepunctie bij een spanningspneumothorax (artikel 36, zesde lid, Wet BIG).

De tijdelijke zelfstandige bevoegdheid was in omvang beperkt. De bevoegdheidsgrenzen van de BMH werden bepaald door de opleiding, door de eigen bekwaamheid (artikel 35a van de Wet BIG), door de omschrijving van het deskundigheidsgebied en door de in het experiment gestelde beperkingen, namelijk:

- a. handelingen van een beperkte complexiteit;
- b. routinematige handelingen;
- c. handelingen waarvan de risico's te overzien zijn;
- d. handelingen die worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

Het experiment is gestart om te beoordelen in hoeverre en voor welke voorbehouden handelingen het doelmatig en effectief zou zijn de in het kader van het experiment toegekende zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen, definitief aan de BMH toe te kennen. De evaluatie van het experiment is uitgevoerd door het evaluatieteam Taakherschikking van het Maastricht UMC+. Gezien de differentiaties en deelgebieden waarbinnen de BMH werkzaam kan zijn, heeft het Maastricht UMC+ op verzoek van mijn ambtsvoorganger onderzoek gedaan naar de specifieke context waarin de BMH werkzaam is, de positionering van de BMH in relatie tot andere beroepsbeoefenaren die in dezelfde werksetting (ambulancezorg, spoedeisende hulp, anesthesie, operatieve zorg en cardiodiagnostiek) werkzaam zijn en de tewerkstelling van

de BMH na het afstuderen. Daarbij is bekeken of de BMH voldoende opgeleid is voor de specifiek toegekende taken.

Uit het evaluatierapport bleek dat het beroep en daarmee de positionering van de BMH in diverse organisaties ten tijde van het onderzoek nog volop in ontwikkeling was.⁶ De BMH werd ten tijde van het onderzoek ingezet in al bestaande functies van bestaande professionals; bijvoorbeeld in een vergelijkbare functie als die van ambulanceverpleegkundige, met dezelfde taken als deze heeft. Afhankelijk van de setting kon de BMH naast de vergelijkbare functie van de al genoemde ambulanceverpleegkundige, ook de functie van SEH-verpleegkundige, anesthesiemedewerker, operatieassistent, hartfunctielaborant, medewerker hartcatheterisatiekamer (HCK) of van de EHH/CCU⁷ verpleegkundige vervullen. Dit zijn functies waarin die andere professionals ofwel functioneel zelfstandig (verpleegkundige functie) bevoegd zijn ofwel op basis van een opdracht op grond van de artikelen 35 en 38 van de Wet BIG (niet-verpleegkundige functie) werken. Conclusie van de onderzoekers was dat de BMH een toegevoegde waarde heeft in de zorg en kan bijdragen aan het vergroten van het aantal '*handen aan het bed*', met name in de spoedeisende en de acute zorg. De onderzoekers bevelen daarom aan het beroep BMH op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG en daarbij een wettelijke zelfstandige bevoegdheid (artikel 36 Wet BIG) toe te kennen aan de BMH werkzaam in de ambulancezorg, de spoedeisende hulp en de cardiologie setting. Er was volgens de onderzoekers echter geen aanleiding om een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de BMH werkzaam in een anesthesie setting en de operatieve zorg. In vergelijking met de andere BMH'ers worden door de BMH'ers werkzaam in de anesthesie setting namelijk minder voorbehouden handelingen op eigen indicatie verricht. Het merendeel van de handelingen wordt in de anesthesie verricht op basis van een opdracht. Op basis van de data uit het evaluatieonderzoek, konden geen conclusies met betrekking tot de BMH in de operatieve zorg getrokken worden. Dit vanwege een te lage en daarmee onbetrouwbare respons op de voorgelegde vragen van de BMH'ers werkzaam in de setting van de operatieve zorg.

Gedurende de evaluatie van het experiment is verder gebleken dat de bekwaamheid van de BMH met betrekking tot de voorbehouden handelingen niet altijd voldoende was gewaarborgd. Het bleek dat zorgprofessionals in de praktijk na het behalen van het bachelorsdiploma van de BMH-opleiding een extra traineetraject of aanvullende CZO-scholing⁸ moesten volgen voordat deze zorgprofessionals zelfstandig aan de slag konden. Dat duurde gemiddeld 45 weken na afronding van de opleiding. Het noodzakelijke aanvullende traineetraject was enerzijds gericht op scholing in competenties en anderzijds in het opdoen van ruimere praktijkervaring. Daarbij werd opgemerkt dat de BMH-opleiding veel minder praktijkkuren bleek te kennen (1680 uur/ongeveer 51 weken) dan de opleiding tot verpleegkundige (tenminste 2300 uur/ongeveer 70 weken). Ook bleek uit de evaluatie dat het lastig was om gedurende de opleiding een stageplaats te vinden. Ambulancediensten en ziekenhuizen waren bij aanvang zeer terughoudend in het

⁶ Bijlage bij Kamerstukken II 2020/21, 29282, nr. 434.

⁷ Eerste Hart Hulp (EHH) of de Coronary Care unit (CCU) ofwel de hartbewakingsafdeling.

⁸ Het CZO is een non-profit organisatie die in 2003 is ontstaan uit een samenwerkingsverband tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Het CZO ziet toe op het behoud van kwaliteit van de zorgopleidingen die onder haar ressorteren. De opleidingen worden op uniforme wijze getoetst waarna, bij goed resultaat, het CZO de opleiding erkent. Daarnaast verstrekt het CZO eenduidige diploma's en registreert deze landelijk.

beschikbaar stellen van stageplaatsen. Dat had onder andere te maken met de onbekendheid van het beroep in het bestaande werkveld.

2.3 Beleidsreactie op evaluatie experiment en voorwaarden voor wettelijke regulering BMH

In de beleidsreactie op het evaluatierapport⁹ is aangekondigd dat de BMH voor de specifieke context van de spoedeisende acute zorg – te weten de ambulancezorg, spoedeisende hulp en cardiodiagnostiek/interventiecardiologie – op wordt genomen in artikel 3 van de Wet BIG en dat daarbij slechts een functionele zelfstandigheid wordt toegekend voor het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen en niet de door de evaluatiecommissie geadviseerde volledige zelfstandigheid. De hoofdreden hiervan is de gewenste samenhang van het beroep MHAZ met vergelijkbare beroepen zoals de ambulanceverpleegkundige. Ook ambulanceverpleegkundigen 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. Aan opname van de BMH in artikel 3 van de Wet BIG zijn twee voorwaarden verbonden, namelijk dat het opleidingsprogramma voor de BMH, voor de specifieke context van de spoedeisende acute zorg wordt aangepast, zodat er gedurende de opleiding meer praktijkervaring wordt opgedaan en dat het beroep BMH een andere naam gaat dragen.

2.3.1 De voorwaarde meer praktijkonderwijs

Zorgprofessionals dienen na afloop van het reguliere bachelorsopleidingsprogramma van de BMH-opleiding voldoende bekwaam te zijn om zonder begeleiding werkzaam te zijn. Omdat het niet de bedoeling is dat iemand een BIG-registratie verkrijgt, terwijl diegene nog een opleidingsdeel moet volgen om het betreffende beroep uit te kunnen oefenen, is voor opname van het beroep BMH in de Wet BIG de voorwaarde gesteld dat de initiële opleiding wordt aangepast en hierin meer praktijkmomenten worden opgenomen, zodat de bekwaamheid op het moment van afronding van de opleiding is gewaarborgd. Hoeveel meer praktijkmomenten dit zou moeten zijn, is in de hiervoor genoemde beleidsreactie op de evaluatie van het experiment in het midden gelaten. Wel is in de bedoelde beleidsreactie opgenomen dat de BMH-opleiding minder praktijkmomenten kende dan de opleiding tot verpleegkundige¹⁰, hoewel dit niet wil zeggen dat de BMH-opleiding exact hetzelfde aantal praktijkmomenten zou moeten omvatten als de opleiding tot verpleegkundige. Beide beroepen zijn immers niet hetzelfde. De verpleegkundige wordt voor een veel breder werkveld opgeleid (van ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg tot en met ziekenhuiszorg). Dat vraagt van de verpleegkundige in opleiding dat ook ervaring opgedaan wordt in deze verschillende contexten en daarvoor zijn meer stage-uren noodzakelijk dan voor de BMH. Nog niet duidelijk was echter hoeveel praktijkmomenten nodig zouden zijn om na afronding van de opleiding een bekwaam BMH'er te zijn. De Vereniging Hogescholen heeft begin 2024 aangegeven dat het aantal praktijkmomenten binnen het huidige curriculum van de bacheloropleiding Medische Hulpverlening inmiddels is uitgebreid en voldoende is (gemiddeld 1900 uren¹¹) om de studenten de vereiste eindkwalificaties te laten behalen. Dit aantal uren blijkt nu inderdaad voldoende te zijn om BMH'ers op te leiden die na succesvolle afronding van de opleiding (start)bekwaam

⁹ Kamerstukken II 2021/22, 29282, nr. 454.

¹⁰ Kamerstukken II 2021/22 29282, nr. 454, p. 5.

¹¹ Het was 1.680 uur.

zijn om onder andere voorbehouden handelingen die bij het beroep horen uit te voeren. De Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) heeft de opleiding bij alle drie de Hogescholen dan ook als voldoende geaccrediteerd. Daarmee bestaan er voldoende waarborgen dat deze hogescholen bevoegde en bekwame studenten afleveren.

2.3.2 De voorwaarde naam beroep BMH

In de hiervoor genoemde beleidsreactie op het experiment is aangegeven dat de naam BMH geen geschikte beroepstitel is voor het nieuwe beroep. De term '*bachelor*' wordt op basis van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek gehanteerd in de context van een opleiding of graad, waardoor het niet mogelijk is deze term te gebruiken voor een beroepstitel. Daarnaast is de naam '*medisch hulpverlener*' onvoldoende duidelijk als afzonderlijke beroepstitel in de Wet BIG. De term '*medisch hulpverlener*' heeft een onvoldoende onderscheidend karakter. Voor een patiënt zal de beroepstitel medisch hulpverlener dan ook onvoldoende duidelijkheid bieden over wat het beroep precies inhoudt. Daarom heeft mijn ambtsvoorganger de Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medisch Hulpverleners (NVBMH) gevraagd een andere naam te bedenken voor het beroep. De NVBMH heeft de naam medisch hulpverlener acute zorg voorgedragen. Met deze beroepsnaam komt duidelijk tot uitdrukking dat het gaat om een beroepsbeoefenaar die werkt in de context van de acute zorg. De herkenbaarheid van het beroep dat is opgebouwd sinds de start van de opleiding in 2010 blijft op deze manier behouden. De naam MHAZ is daarmee naar mijn oordeel voldoende duidelijk en zal als nieuwe aanduiding van het beroep gaan gelden, dat voorgesteld wordt met deze wijziging in artikel 3 van de Wet BIG op te nemen.

2.3.3 Keuze voor functioneel zelfstandige bevoegdheid

In de hiervoor genoemde beleidsreactie op de evaluatie van het experiment is de Tweede Kamer geïnformeerd over de keuze om de MHAZ een functioneel zelfstandige bevoegdheid (artikel 39 Wet BIG) voor het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen toe te kennen en niet een zelfstandige bevoegdheid (artikel 36 Wet BIG) die de onderzoeksc commissie had aanbevolen. De keuze voor een functioneel zelfstandige bevoegdheid voor de MHAZ in plaats van een volledig zelfstandige bevoegdheid is gelegen in de gewenste samenhang van het beroep MHAZ met de ambulanceverpleegkundige en de andere hiervoor genoemde beroepsgroepen¹². Bij al deze beroepsgroepen is namelijk geen sprake van een zelfstandige bevoegdheid maar van een functionele zelfstandigheid dan wel wordt er gebruik gemaakt van de opdracht op grond van de artikelen 35 en 38 Wet BIG. Door ook geen zelfstandige bevoegdheid aan de MHAZ toe te kennen, ontstaat daarmee een consistent beeld op dit vlak. Zoals in de beleidsreactie aangegeven is wettelijke regulering van het beroep MHAZ gewenst omdat deze kan voorzien in een behoefte aan extra zorgprofessionals in de medisch acute zorg. Omdat de MHAZ in een setting werkt van acute zorg waar het van belang is direct te kunnen ingrijpen wanneer dat noodzakelijk is en direct toezicht en tussenkomst van een zelfstandig bevoegde professional niet (altijd) mogelijk is, is een functionele bevoegdheid (boven een opdracht op grond van de artikelen 35 en 38 Wet BIG) nodig gebleken. Door de MHAZ een functioneel zelfstandige bevoegdheid te geven, is voor eenieder volstrekt helder dat deze beroepsgroep de voorbehouden handelingen zelfstandig (zonder toezicht en tussenkomst) kan verrichten. Dat is de meerwaarde van

¹² De SEH-verpleegkundige, anesthesiemedewerker, operatieassistent, hartfunctielaborant, medewerker hartcatheterisatiekamer (HCK) of van de EHH/CCU verpleegkundige.

een functioneel zelfstandige bevoegdheid boven een opdracht op grond van de artikelen 35 en 38 van de Wet BIG.

2.4 Wettelijke regulering; artikel 3 Wet BIG en functionele zelfstandigheid

2.4.1 Regulering in artikel 3 van de Wet BIG

De MHAZ (met als voorloper de BMH) heeft zich sinds het betreden van het werkveld in 2014 als zorgprofessional verder ontwikkeld. De positionering van de MHAZ is sindsdien duidelijker geworden en is verder uitgekristalliseerd. Zoals in paragraaf 1.2 aangegeven kende de opleiding in eerste instantie een gezamenlijk deel van twee jaar met daarna de differentiaties ambulancezorg, spoedeisende hulp, anesthesie, operatieve zorg en cardiagnostiek/interventiocardologie. Inmiddels is de opleiding BMH doorontwikkeld tot de opleiding MHAZ die voor de hele breedte van de acute zorg opleidt. De opleidingen kennen sinds 2021 geen differentiaties meer en zijn daarmee ontwikkeld tot één algemene opleiding die voor alle MHAZ'ers hetzelfde is. De MHAZ'ers zijn hiermee flexibel inzetbaar en kunnen zich gedurende hun loopbaan bewegen langs verschillende werkvelden, waar zij het hardst nodig zijn. Vanaf 1 mei 2022 (datum einde experiment) tot het moment dat dit wetsvoorstel tot wet verheven is en in werking is getreden, verricht de MHAZ de voorbehouden handelingen op grond van een opdracht op basis van de artikelen 35 en 38 van de Wet BIG.

De verantwoordelijkheid voor de functioneel zelfstandige uitoefening van voorbehouden handelingen, die de uitoefening van het beroep MHAZ met zich meebrengt, vraagt om een goede wettelijke regeling. De voorbehouden handelingen die de MHAZ functioneel zelfstandig gaat uitvoeren, kunnen namelijk een aanmerkelijk risico voor de patiënt opleveren wanneer deze door ondeskundigen worden uitgevoerd. Dat maakt dat deze handelingen slechts moeten kunnen worden uitgevoerd door beroepsbeoefenaren die daartoe zijn opgeleid en bekwaam zijn. In het licht daarvan wordt voorgesteld de MHAZ op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG. Hierbij is het volgende overwogen.

Het beroep van de MHAZ begeeft zich op het terrein van de individuele gezondheidszorg. Er worden namelijk handelingen 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 hiervoor gesteld 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 toekennen van een aantal risicovolle voorbehouden handelingen aan de MHAZ is het ook 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. Daarmee kan de bevoegdheid tot het functioneel zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen komen te vervallen als daar reden toe is. Gelet ook op het gewenste toepasselijke tuchtrecht op de MHAZ, wordt voorgesteld het beroep van MHAZ op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG.

2.4.2 Functionele zelfstandigheid

Zoals ook opgenomen in de bovengenoemde beleidsreactie is 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 tussenkomst 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 van zelfstandigheid en deskundigheid uitvoeren. Dat is bij de MHAZ aan de orde. De keuze voor een functioneel zelfstandige bevoegdheid 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 beroepsgroepen¹³ 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.

3. Beroep klinisch fysicus

3.1 Achtergrond en positie klinisch fysicus

De klinisch fysicus is een postdoctoraal opgeleide fysicus die werkzaam is in de medisch-specialistische zorg. De klinisch fysicus is werkzaam op één van de vier volgende werkterreinen: de klinische fysica algemeen, klinische fysica radiologie en nucleaire geneeskunde, klinische fysica radiotherapie en de klinische fysica audiologie. De universitaire opleiding tot fysicus geeft ruime expertise op het gebied van mechanica, akoestiek en (ultra)geluid, elektriciteit en magnetisme, ioniserende straling, licht en lasers, MRI, het in de breedte uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, doen van experimenten en het systeem-analytisch denken en uitvoeren van fouten- en

¹³ De SEH-verpleegkundige, anesthesiemedewerker, operatieassistent, hartfunctielaborant, medewerker hartcatheterisatiekamer (HCK) of van de EHH/CCU verpleegkundige.

risicoanalyses. De vierjarige specialistische vervolgopleiding tot klinisch fysicus breidt deze kennis uit richting de patiënt, de geneeskunde en de klinische praktijk. De klinisch fysicus is met deze brede medisch-fysische, biofysische en fysiologische kennis in staat om als medisch-fysisch deskundige in de medisch-specialistische zorg bij te dragen aan en deels verantwoordelijk te zijn voor diagnostiek en therapie van individuele patiënten en van patiëntengroepen. De klinisch fysicus is als inhoudelijk deskundige verantwoordelijk voor de inzet van medisch-fysische kennis in de gezondheidszorg. Klinisch fysici werken in algemene ziekenhuizen, universitair medische centra, radiotherapeutische instituten, audiologische centra en revalidatiecentra.

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.¹⁴ Het gaat hier om de Europese richtlijn Euratom¹⁵ 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.¹⁶ 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 gebaseerd is op artikel 34 van de Wet BIG. Dit besluit is op 14 oktober 2009 in werking getreden en is in hoofdzaak gericht op 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 met betrekking 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).

De beroepsgroep klinisch fysicus heeft een diep verankerde plek in het zorgveld. Sinds 1984 bestaat de opleiding tot klinisch fysicus volgens een eigen opleidingsprogramma. Ook bestaat er sindsdien een verenigingsregister. De NVKF is de wetenschappelijke beroepsorganisatie van de klinisch fysicus en bestaat meer dan 50 jaar. De NVKF vertegenwoordigt alle (aankomende) bij hen geregistreerde klinisch fysici in Nederland en

¹⁴ Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied klinisch fysicus.

¹⁵ Richtlijn 97/43/Euratom betreffende de bescherming van personen tegen de gevaren van ioniserende straling in verband met medische blootstelling en tot intrekking van Richtlijn 84/466/Euratom (PbEG 1997, L 180).

¹⁶ Artikelen 8.8 en 8.14 van het Besluit basisveiligheidsnormen stralingsbescherming.

heeft 438 leden¹⁷. Na een universitaire masterstudie natuurkunde,¹⁸ volgt een vierjarige opleiding tot klinisch fysicus. De opleiding wordt gefinancierd via de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgoledingen van de NZa en de toewijzing van opleidingsplaatsen vindt plaats via Stichting BOLS. Na het succesvol afronden van de opleiding volgt opname in het register van de stichting Opleiding Klinisch Fysicus (OKF). De stichting OKF is verantwoordelijk voor de opleiding tot klinisch fysicus en daarnaast voor het voeren van het private verenigingsregister van geregistreerde klinisch fysici.

De vierjarige specialistische vervolgoleding tot klinisch fysicus ziet er als volgt uit. De basisopleiding van twee jaren biedt iedere klinisch fysicus basiskennis. Thema's als veiligheid, stralingshygiëne, attitudevorming en medische beeldvormende diagnostiek komen aan bod. In de laatste twee jaren wordt gekozen uit één van de vier differentiaties:

- Klinische fysica algemeen (inclusief videologie) – de algemeen klinisch fysicus houdt zich bezig met verschillende deelgebieden van de klinische fysica en is daardoor breed inzetbaar. Zo beschikt deze klinisch fysicus over kennis en vaardigheden met betrekking tot medische technologie die toegepast wordt in therapie, functieondersteuning, bewaking van stralingshygiënische voorschriften en het uitvoeren van berekeningen en metingen van stralingsbelasting aan patiënt, apparatuur en werkplek. Deze klinisch fysicus wordt vaak ook als stralingsbeschermingsdeskundige ingezet.
- Klinische fysica radiologie en nucleaire geneeskunde – de klinisch fysicus radiologie en nucleaire geneeskunde is expert in een veelheid aan beeldvormende technieken, zoals toegepast in diverse medische disciplines. Deze is verantwoordelijk voor een systeem inzake de controle en verbetering van de beeldkwaliteit, en voor de optimalisatie van diagnostiek en behandeling met ioniserende straling met de daarbij horende dosimetrische berekeningen.
- Klinische fysica radiotherapie – de klinisch fysicus radiotherapie is expert op het gebied van interactie van straling en weefsel en is verantwoordelijk voor toepassing en ontwikkeling van de benodigde apparatuur en technieken (hard en software) voor de behandeling van patiënten met kanker. Hierbij hoort het uitvoeren van dosimetrie alsmede het berekenen van dosis en dosisverdelingen en het optimaliseren daarvan.
- Klinische fysica audiologie – de klinisch fysicus audioloog heeft kennis van het normale en pathologische gehoor- en evenwichtsorgaan, en alle klinisch fysische aspecten van bestaande en in ontwikkeling zijnde technieken op het gebied van de diagnostiek en de revalidatie van gehoorstoornissen en daaraan gerelateerde ontwikkelingsstoornissen. De klinisch fysicus audioloog is vaak hoofdbehandelaar in een multidisciplinair team dat verantwoordelijk is voor diagnostiek, revalidatie en begeleiding van cliënten van een audiologisch centrum en is specialist in complexe gehoorproblemen.

¹⁷ Ledenaantal per 1 januari 2024. Er zijn ongeveer 10 geregistreerde klinisch fysici die geen lid zijn van de vereniging.

¹⁸ Of daarmee gelijk te stellen natuurwetenschappelijke studie, [Consilium NVKF \(stichtingokf.nl\)](https://www.consilium-nvkf.nl)

De klinisch fysicus maakt een keuze voor één van deze differentiaties.¹⁹ Deze differentiaties vormen ook tegelijk de deskundigheidsgebieden en de werkterreinen van de klinisch fysicus. Het is mogelijk om te specialiseren in meer dan één differentiatie. Jaarlijks behalen zo'n 22 personen hun verenigingsregistratie als klinisch fysicus. In 2024 waren er circa 450 klinisch fysici werkzaam.

De NVKF maakt sinds 2016 deel uit van de Federatie Medisch Specialisten (hierna: FMS). Door toetreding van de NVKF tot de FMS wordt de beroepsgroep door alle partijen qua positie als vergelijkbaar beschouwd met een medisch specialisme. Sindsdien is de NVKF nog verder geprofessionaliseerd, heeft het kwaliteitsbeleid van het vak een vlucht genomen, wordt veelvuldig multidisciplinaire richtlijnontwikkeling geïnitieerd en is een kennisagenda gepubliceerd. De NVKF monitort de kwaliteit van het vak met kwaliteitsvisitaties per instituut.

De deskundigheid van de klinisch fysicus wordt door beroepsbeoefenaren met wie wordt samengewerkt, herkend en erkend. In de positionering in het ziekenhuis wordt de beroepsgroep gelijkgeschakeld aan collega-specialisten: de klinisch fysicus is volwaardig lid van de medische staf en van het medisch specialistisch bedrijf of van de vereniging medisch specialisten in dienstverband. De klinisch fysicus werkt vooral in loondienst. Er zijn slechts enkele klinisch fysici bekend die een zelfstandige praktijk voeren.²⁰

3.2 Opname klinisch fysicus in artikel 3 van de Wet BIG

Voor opname van een beroep in artikel 3 van de Wet BIG gelden de volgende criteria, opgenomen in de Beleidslijn voor het wettelijk reguleren van beroepen:²¹

- De criteria voor toepassing van regulering op grond van 34 van de Wet BIG: en,
- Toekennen van voorbehouden handelingen aan het beroep (het voorbehouden handelingen criterium) of,
- Noodzaak tot publiekrechtelijk tuchtrecht (het tuchtrechtcriterium).

EU-regelgeving op het gebied van ioniserende straling maakte eerder een wettelijke regeling van het beroep van klinisch fysicus noodzakelijk op grond van artikel 34 van de Wet BIG. Nu de NVKF het verzoek heeft gedaan de klinisch fysicus op te nemen in artikel 3, heeft het Zorginstituut die aanvraag getoetst aan de criteria die gelden voor opname in artikel 3 van de Wet BIG.

Het voorbehouden handelingen criterium

Voorbehouden handelingen zijn handelingen die zo risicovol zijn voor patiënten, dat ze alleen veilig zelfstandig verricht kunnen worden door beroepsbeoefenaren met een bepaalde opleiding. De noodzaak tot opname in artikel 3 is aanwezig wanneer de beroepsgroep voorbehouden handelingen zelfstandig moet kunnen verrichten. Met het zelfstandig moeten kunnen verrichten wordt bedoeld dat de beroepsbeoefenaar voorbehouden handelingen op eigen indicatie moet kunnen uitvoeren. Om te voldoen aan het voorbehouden handelingen criterium moet de beroepsbeoefenaar beschikken over de

¹⁹ De kennis en vaardigheden waar de klinisch fysicus aan het einde van de opleiding moet beschikken is vastgelegd in artikel 11 van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied klinisch fysicus.

²⁰ Het tweede adviesrapport van het Zorginstituut noemt twee klinisch fysicus audiologen die een zelfstandige praktijk voeren. Link naar de Kamerstukken invoegen zodra bekend

²¹ Beleidslijn opgenomen in de Beleidsreactie op de tweede evaluatie van de Wet BIG; Kamerstukken II 2014/2015, 29282, nr. 211.

deskundigheid om een voorbehouden handeling zelfstandig te indiceren, uit te voeren en eventueel te delegeren. Ook is er bij beroepsgroepen die zelfstandig voorbehouden handelingen mogen verrichten een evidente noodzaak tot toepassing van het tuchtrecht: via het tuchtrecht kan getoetst worden of de beroepsbeoefenaar heeft gehandeld zoals van een bekwaam zorgprofessional mag worden verwacht.

Het tuchtrechtcriterium

Als een beroepsgroep geen voorbehouden handelingen verricht, kan een beroepsgroep onder artikel 3 Wet BIG worden gebracht als het noodzakelijk is dat het tuchtrecht op hen van toepassing is. Bij de beoordeling of wettelijk geregeld tuchtrecht noodzakelijk is voor een beroep, toetst het Zorginstituut aan de volgende criteria²²:

- 1) Is de patiënt gezien de aard van de behandeling in hoge mate afhankelijk van de beroepsbeoefenaar?
- 2) Zijn er voldoende andere correctiemiddelen in de sfeer van de arbeidsverhoudingen of werkt de beroepsbeoefenaar zelfstandig?
- 3) Zijn er goed hanteerbare gedragsnormen tot ontwikkeling gekomen?
- 4) Is er door de organisatie van beroepsbeoefenaren al voor de eigen leden een vorm van tuchtrechtspraak ingevoerd?

3.3 Adviezen van het Zorginstituut

Omdat het beroep van de klinisch fysicus al is geregeld op grond van artikel 34 van de Wet BIG, is het Zorginstituut gevraagd om te toetsen op de noodzaak voor opname van het beroep van klinisch fysicus in artikel 3, de noodzaak tot het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen of de noodzaak van toepassing van het tuchtrecht. Bij de advisering heeft het Zorginstituut getoetst aan de in paragraaf 3.2 opgenomen criteria. Het Zorginstituut heeft voor het opstellen van beide adviezen gesproken met de NVKF en met aanpalende organisaties. Een reactie op de uitkomsten van de consultatie is in het rapport van het Zorginstituut opgenomen.

Bevindingen Zorginstituut voorbehouden handelingen criterium, eerste adviesrapport

Bij de beoordeling of wordt voldaan aan het voorbehouden handelingen criterium heeft het Zorginstituut gekeken of de beroepsgroep beschikt over de deskundigheid om een voorbehouden handeling zelfstandig te indiceren (1), uit te voeren (2) en te delegeren (3). In het geval van de klinisch fysicus gaat het om het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg met gebruikmaking van ioniserende straling. Het Zorginstituut heeft aan de hand van twee voorbeelden de voorbehouden handelingen met ioniserende straling uitgewerkt en daarna getoetst of de beroepsbeoefenaren over de deskundigheid beschikken om de voorbehouden handelingen zelfstandig te indiceren, uit te voeren en te delegeren.

De klinisch fysicus, met uitzondering van de klinisch fysicus audiologie, verricht onder andere de volgende voorbehouden handelingen met ioniserende straling:

- Dosimetrie
Dosimetrie is het nauwkeurig meten, berekenen of simuleren van de dosis ioniserende straling ter bepaling van de stralingsbelasting van individuele patiënten. De behandeling van kanker vergt een zorgvuldige balans tussen het vernietigen van tumorcellen en het gezond houden van omliggende weefsels. De

²² Kamerstukken II 1985/1986, 19522, nr. 3, p. 70-73.

klinisch fysicus verifieert (meet) voor de patiënt de juiste dosisafgifte voorafgaande aan en tijdens de behandeling.

- **Dosisoptimalisatie**
Dosisoptimalisatie in de medische beeldvorming, interventieradiologie en voor planning, sturen en verificatiedoelinden, is het zo laag als redelijkerwijs mogelijk houden van de dosis ioniserende straling aan de individuele patiënt. Hierbij wordt rekening gehouden met het verkrijgen van de vereiste medische gegevens en met economische en sociale factoren. In de radiotherapie omvat dosisoptimalisatie het individueel plannen van de te bestralen doelvolumes en het op passende wijze controleren van de toediening. Hierbij wordt rekening gehouden dat de doses voor niet-doelvolumes en weefsels zo laag zijn als redelijkerwijs mogelijk is, zonder aan het beoogde radiotherapeutische effect afbreuk te doen. Deze optimalisatie wordt uitgevoerd met behulp van zeer complexe software, die moet worden afgeregeld, gevalideerd en formeel vrijgegeven voor klinisch gebruik door een klinisch fysicus.

(1) Indiceren

Voor het indiceren van deze voorbehouden handeling is het nodig dat een beroepsbeoefenaar aan de hand van de gezondheidstoestand van de patiënt een eigen besluit kan nemen over de noodzaak van de (te verrichten) voorbehouden handeling. Als leidraad voor wat nodig is om verantwoord een indicatie te stellen, is genomen dat de beroepsbeoefenaar in elk geval globaal op de hoogte moet zijn van: de aard, inhoud en doel van de voorbehouden handeling; de (absolute en relatieve) contra-indicaties voor de handeling; de wijze waarop de handeling is ingepast binnen de (eventueel nog zeer voorlopige of werk-) diagnose; de risico's die aan de handeling zijn verbonden en wat te doen als deze risico's zich verwezenlijken en de bezwaren die aan de handeling zijn verbonden en hoe deze moeten worden afgewogen tegen de wenselijkheid c.q. noodzaak van de handeling.²³ Het Zorginstituut heeft aan de hand van de voorbehouden handelingen dosimetrie en dosisoptimalisatie beoordeeld of de klinisch fysicus deskundig is deze zelfstandig te indiceren. Dosimetrie en dosisoptimalisatie zijn voorbehouden handelingen die veelvuldig voorkomen in de radiotherapie, radiologie en nucleaire geneeskunde. Op het werkterrein van de klinisch fysicus audiologie worden vanwege de aard van de werkzaamheden (de audioloog werkt niet met ioniserende straling) geen voorbehouden handelingen uitgevoerd.

Binnen de radiotherapie, radiologie en nucleaire geneeskunde wordt in ruime mate gebruik gemaakt van fysische modellen en meettechnieken waarvan de resultaten de basis vormen voor de interpretatie van klinische meetresultaten en het in te stellen medische beleid. Waar de arts eindverantwoordelijk is voor het medisch beleid voor de individuele patiënt, heeft de klinisch fysicus een eigen verantwoordelijkheid voor het verrichten, interpreteren en beoordelen van fysische metingen en berekeningen voor de individuele patiënt. De klinisch fysicus is, gezien de genoten opleiding, bij uitstek op de hoogte van de aard, de inhoud en het doel van de handeling met ioniserende straling. De klinisch fysicus is verantwoordelijk voor het weergeven van de risico's die verbonden zijn aan de handeling met ioniserende straling. In de praktijk heeft dit zijn weerslag in het geven van advies en overleg met de arts over hoe risico's moeten worden afgewogen

²³ Het Zorginstituut volgt hier: J.C.J. Dute e.a., 'Voorbehouden handelingen tegen het licht, De regeling van artikel 35-39 Wet BIG heroverwogen', Amsterdam: UvA, 2009.

tegen de wenselijkheid van bijvoorbeeld een bepaalde dosis ioniserende straling. De klinisch fysicus en de arts werken nauw samen, ieder vanuit zijn eigen deskundigheidsgebied en bijbehorende verantwoordelijkheid. Bij de indicatie en uitvoering van bepaalde voorbehouden handelingen met ioniserende straling volgt de arts het advies van de klinisch fysicus of treedt daarover met de klinisch fysicus in overleg.

Het Zorginstituut concludeert in het eerste adviesrapport dat de klinisch fysicus, met uitzondering van de differentiatie audiologie, de voorbehouden handelingen met ioniserende straling zelfstandig kan indiceren.

(2) Uitvoeren

Bij het zelfstandig uitvoeren van een voorbehouden handeling is het van belang dat de beroepsbeoefenaar is opgeleid en de positie heeft om binnen het deskundigheidsgebied een voorbehouden handeling zonder aanwijzing, toezicht en tussenkomst uit te voeren. De klinisch fysicus voert op dit moment in opdracht van een arts de voorbehouden handelingen met ioniserende straling uit. Echter, in de praktijk doet deze dat zonder aanwijzing, toezicht en tussenkomst door een arts. De klinisch fysicus heeft juist de positie (en rol) om leidend te zijn in het gebruik van handelingen met ioniserende straling. De opleiding is daarop ook toegespitst. Het Zorginstituut concludeert dan ook dat de klinisch fysicus, met uitzondering van de klinisch fysicus met differentiatie audiologie, deze handelingen met ioniserende straling zelfstandig kan uitvoeren.

(3) Delegeren

Bij het zelfstandig delegeren van een voorbehouden handeling gaat het om het geven van een opdracht aan een ander tot het uitvoeren van een voorbehouden handeling. Het Zorginstituut heeft gekeken naar het deskundigheidsgebied en de positionering van de beroepsgroep in de praktijk. Hierbij spelen verschillende overwegingen een rol. De klinisch fysicus, met uitzondering van de klinisch fysicus met de differentiatie audiologie, is in staat de bekwaamheid van anderen voor zover het gaat om de voorbehouden handelingen met ioniserende straling in te schatten. Uit het eerste adviesrapport blijkt dat de klinisch fysicus ook op dit moment altijd al de functionele leiding en verantwoordelijkheid heeft binnen de discipline klinische fysica. De klinisch fysicus, met uitzondering van klinisch fysicus met de differentiatie audiologie, is in staat in gevallen waarin dit redelijkerwijs noodzakelijk is, aanwijzingen aan een klinisch fysisch medewerker te geven en ook toezicht en tussenkomst te bieden. Het Zorginstituut concludeert dat de klinisch fysicus, met uitzondering van de differentiatie audiologie, ervoor zorgt dat de handelingen, waaronder die met ioniserende straling, plaatsvinden binnen de kaders van wet- en regelgeving, daarop toezicht houdt, zo nodig intervenueert en aanwijzingen geeft.

Uit het eerste adviesrapport blijkt dat de klinisch fysicus naar de mening van het Zorginstituut voldoet aan het voorbehouden handelingen criterium, met uitzondering van de klinisch fysicus met differentiatie audiologie, die vanwege de aard van zijn werkzaamheden deze voorbehouden handeling in de praktijk niet uitvoert.

Bevindingen Zorginstituut tuchtrechtcriterium, tweede adviesrapport

Bij de beoordeling of er voor het beroep klinisch fysicus met differentiatie audiologie noodzaak is voor het wettelijk geregelde tuchtrecht heeft het Zorginstituut getoetst aan de onder 3.2 beschreven overwegingen. In deze paragraaf volgt een beknopte weergave van deze toetsing.

Is de patiënt gezien de aard van de behandeling in hoge mate afhankelijk van de beroepsbeoefenaar? (1)

Bij deze overweging is primair gekeken of de patiënt zich in een zeer afhankelijke en kwetsbare positie ten opzichte van de beroepsbeoefenaar bevindt, bijvoorbeeld een één op één situatie. De afhankelijkheid is groter naarmate de behandeling ingrijpender is en het risico dat de patiënt loopt, groter is. De patiënt is in hoge mate afhankelijk van de klinisch fysicus audioloog door onder andere de specifieke taken die worden verricht. De klinisch fysicus audioloog werkt veelal zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid en heeft een poortfunctie binnen de audiologische zorg in Nederland. De klinisch fysicus audioloog is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en verantwoordelijk voor het eventueel verwijzen van patiënten naar andere beroepsbeoefenaren zoals hieronder genoemd. De klinisch fysicus audioloog is verantwoordelijk voor het diagnosticeren van patiënten, het opstellen van een behandelplan (zelfstandig of vanuit een multidisciplinair overleg) en vervolgens de (gedeeltelijke) uitvoering daarvan. De klinisch fysicus audioloog heeft een regierol. Deze omvat het fungeren als aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten, het coördineren en begeleiden van het multidisciplinaire team en de coördinatie van de inzet van andere beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld: GZ-psychologen, orthopedagogen, logopedisten, akoepedisten, maatschappelijk werkers en spraak/taalpathologen). Het is aan de klinisch fysicus audioloog om de zorg tussen verschillende beroepsbeoefenaren te coördineren en tijdens de voortgang van de behandeling in multidisciplinaire overleggen te bespreken.

Ook is de klinisch fysicus audioloog betrokken bij behandeltrajecten waarbij de risico's voor de patiënt groot zijn. Een voorbeeld hiervan is de behandeling van patiënten met chemotherapie waarbij gehoorschade kan optreden. Dit soort gehoorschade kan namelijk leiden tot ernstig gehoorverlies of doofheid met aanzienlijke gevolgen voor (jonge) kinderen, zoals achterstanden in spraak- en taalontwikkeling. De verantwoordelijkheid voor het afwegen van de noodzaak van chemotherapie tegen de lasten van mogelijke gehoorschade ligt zowel bij de oncoloog als de klinisch fysicus audioloog.

Gelet op de ernst van de aandoeningen die de klinisch fysicus audioloog behandelt, de specifieke rol die deze binnen de audiologische zorg inneemt en de daarbij horende verantwoordelijkheden, komt het Zorginstituut tot de conclusie dat patiënten zich in een zeer afhankelijke en kwetsbare positie bevinden ten opzichte van de klinisch fysicus audioloog. De één op één relatie met de patiënt in combinatie met de verantwoordelijkheid om indien nodig door te verwijzen, versterkt de kwetsbaarheid aanzienlijk. Een bijkomende factor hierbij is de grote hoeveelheid minderjarige patiënten die de klinisch fysicus audioloog behandelt. Uit data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is te halen dat er jaarlijks meer dan 50.000 Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) worden geopend voor audiologische zorg voor personen onder de 20 jaar.²⁴

Zijn er voldoende andere correctiemiddelen in de sfeer van de arbeidsverhoudingen of werkt de beroepsbeoefenaar zelfstandig? (2)

De overgrote meerderheid van de klinisch fysicus audiologen werkt in een audiologisch centrum en in loondienst. Een beperkt aantal klinisch fysicus audiologen voert een eigen praktijk. De rol die deze zelfstandige klinisch fysicus audiologen hebben is vergelijkbaar met de rol van de klinisch fysicus audiologen in een audiologisch centrum.

²⁴ StatLine - Medisch Specialistische Zorg; DBC's naar diagnose, zorgkenmerken (cbs.nl).

Binnen de loondienstconstructies zijn door het werken in een instellingsverband de gebruikelijke correctiemiddelen van toepassing met betrekking tot arbeidsverhoudingen (evaluatiegesprekken, interne klachtenprocedure, evaluaties en soms het ontslagrecht). Deze correctiemiddelen hebben een kwaliteitsdoel, maar zijn niet altijd of in ieder geval niet uitsluitend gericht op het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Daarnaast beperkt de aard van de verantwoordelijkheden en de zelfstandige positie van de klinisch fysicus binnen een audiologisch centrum de mogelijkheden voor werkgevers en collega's om deze correctiemiddelen effectief toe te passen. De klinisch fysicus audioloog heeft namelijk een aanzienlijke mate van zelfstandigheid, zoals ook beschreven onder (1). De audioloog heeft een (inhoudelijke) eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid binnen het audiologisch centrum. Door de specifieke expertise van de klinisch fysicus audioloog is de diagnose die deze stelt en de behandeladviezen die worden verstrekt, leidend voor het handelen van andere betrokken medisch specialisten, zoals een KNO-arts. Aangezien de medisch inhoudelijke informatie en het daarbij behorende advies vaak niet gecontroleerd kunnen worden door andere zorgprofessionals, ligt de eindverantwoordelijkheid voor de zorg binnen het interdisciplinaire team bij de klinisch fysicus audioloog. De gebruikelijke correctiemiddelen zijn onvoldoende om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen.

Zijn er goed hanteerbare gedragsnormen tot ontwikkeling gekomen? (3)

Tuchtrechtspraak kan alleen functioneren als er normen zijn waaraan het gedrag van een beroepsgroep door de tuchtrechter kan worden getoetst. Het Zorginstituut heeft daarom bezien of voor het beroep van klinisch fysicus audioloog duidelijk is wat een goede beroepsuitoefening is. In het kader van de Wet BIG toetst de tuchtrechter aan de hand van de twee tuchtnormen die zijn opgenomen in artikel 47 van de Wet BIG, te weten het handelen of nalaten van handelen in strijd met de zorg die een beroepsbeoefenaar in die hoedanigheid behoort te bieden (eerste tuchtnorm) en ander handelen of nalaten in strijd met hetgeen een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt (tweede tuchtnorm). De tuchtrechter zal bij de toetsing van het handelen van een individuele beroepsbeoefenaar toetsen aan de regels en normen die voor die beroepsbeoefenaar gelden. Daarbij kan worden gedacht aan wettelijke regels en regels die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld (gedragscodes, richtlijnen, protocollen). Op het gebied van wet- en regelgeving zijn onder meer de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) en het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied klinisch fysicus relevant. In aanvulling op het wettelijk kader zijn er gedragsnormen die meer specifiek voor de klinisch fysicus audioloog gelden. In de 'Leidraad Audiologische Zorg' zijn onder meer gedragsnormen opgenomen over het hoofdbehandelaarschap en de poortfunctie en in de richtlijn 'Hoorzorg voor slechthorende kinderen van 4 tot 18 jaar' zijn gedragsnormen opgenomen over het hoofdbehandelaarschap, patiëntenzorg en audiologie. Hiernaast zijn er andere richtlijnen waarin ook diverse gedragsnormen zijn verwerkt. Deze gedragslijnen zijn in nauwe samenwerking met verschillende (wetenschappelijke) verenigingen tot stand gekomen, waaronder de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de KNO-vereniging. Het Zorginstituut concludeert dan ook dat er in de verschillende richtlijnen die voor de klinisch fysicus audioloog gelden, goed hanteerbare gedragsnormen tot ontwikkeling zijn gekomen. Een specifieke gedragscode voor de hele beroepsgroep wordt naar verwachting in het najaar van 2024 gepubliceerd door de NVKF.

Is er door de organisatie van beroepsbeoefenaren al voor de eigen leden een vorm van tuchtrechtspraak ingevoerd? (4)

Hier gaat het om de vraag of er al een vorm van tuchtrecht bestaat en hoe dit is ingericht. Het Zorginstituut constateert dat er reglementen voor het NVKF-verenigingstuchtrecht zijn opgesteld, zij het alleen voor rechtspersonen en niet voor patiënten. Deze vorm van verenigingstuchtrecht wijkt sterk af van het tuchtrecht zoals dat is geregeld in de Wet BIG. Het Zorginstituut concludeert dan ook dat de noodzakelijke elementen voor een tuchtrechtsysteem weliswaar op papier staan, maar dat er geen gebruik van is gemaakt; patiënten kunnen er dus geen bescherming aan ontleen.

Het Zorginstituut komt dan ook in zijn tweede rapport tot de conclusie dat het noodzakelijk is dat de klinisch fysicus met de differentiatie audioloog onder het tuchtrecht van de Wet BIG komt te vallen en om die reden moet worden toegevoegd aan artikel 3.

3.4 Beleidsreactie op de adviesrapporten van het Zorginstituut voor de klinisch fysicus

In de beleidsreactie op het eerste adviesrapport²⁵ heeft mijn ambtsvoorganger op 25 augustus 2023 aan de Tweede Kamer laten weten voornemens te zijn opvolging te geven aan het advies van het Zorginstituut het beroep klinisch fysicus in verband met de voorbehouden handeling '*werken met ioniserende straling*' op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG. Echter, met uitzondering van de klinisch fysicus met de differentiatie audiologie aangezien deze genoemde voorbehouden handeling niet uitvoert en ook niet nodig heeft voor zijn werk.

Voor een zorgvuldige besluitvorming over het al dan niet opnemen van het gehele beroep klinisch fysicus in artikel 3 van de Wet BIG en om een compleet beeld van de noodzaak tot regulering van alle differentiaties van het beroep te krijgen, is het Zorginstituut daarom om een aanvullend advies gevraagd. Daarbij heeft het mijn ambtsvoorganger aan het Zorginstituut gevraagd om te kijken naar het tuchtrechtcriterium voor de groep klinisch fysicus audiologie.

Het Zorginstituut heeft, zoals hierboven beschreven, een tweede adviesrapport opgesteld en daarin het beroep van klinisch fysicus met de differentiatie audiologie getoetst aan het tuchtrechtcriterium. In het tweede advies komt het Zorginstituut tot de conclusie dat de klinisch fysicus audioloog/videoloog niet bestaat omdat de klinisch fysicus 'videologie' als algemeen klinisch fysicus een aanvullende module videologie heeft gevolgd. Daarmee is geen sprake van een aparte differentiatie, maar vallen deze professionals onder de differentiatie klinisch fysicus algemeen en daarmee onder het adviesrapport van februari 2023. Na toetsing komt het Zorginstituut tot de conclusie dat er voor wat betreft de klinisch fysicus audioloog aan het tuchtrechtcriterium is voldaan. In de beleidsreactie op het tweede adviesrapport²⁶ heb ik op 12 november 2024 aan de Tweede Kamer laten weten voornemens te zijn om opvolging te geven aan het advies van het Zorginstituut om ook het beroep van klinisch fysicus met differentiatie audiologie in artikel 3 van de Wet BIG op te nemen, en daarmee dus de beroepsgroep klinisch fysicus als geheel op te nemen.

²⁵ Kamerstukken II 2022/23, 29282, nr. 534.

²⁶ Kamerstukken II 2024/25, 29282, nr. 583.

3.5 Noodzaak regulering in artikel 3 van de Wet BIG

Het is in eerste instantie aan mij om te beoordelen of een beroep gereguleerd zou moeten worden in artikel 3 van de Wet BIG of niet. Bij brief van 19 december 2019 is aangekondigd dat samen met het zorgveld een lange termijnvisie op een toekomstbestendige Wet BIG ontwikkeld zal worden.²⁷ Daarbij is aangegeven dat lopende aanvragen voor opname in de Wet BIG worden afgehandeld volgens de geldende criteria en nieuwe aanvragen worden opgeschort totdat de Kamer over deze lange termijnvisie is geïnformeerd. De aanvraag voor het opnemen van de klinisch fysicus in de Wet BIG was één van deze lopende aanvragen. Daarom is het Zorginstituut²⁸ gevraagd om advies uit te brengen op basis van de criteria uit de beleidslijn²⁹ die op dit moment geldt voor beroepenregulering in de Wet BIG.

De beleidslijn is dat beroepen niet worden opgenomen in de Wet BIG, tenzij wettelijke regulering noodzakelijk is om de patiënt adequaat te beschermen. Dit zogenaamde '*nee, tenzij*' principe sluit ook aan bij het Europese normen van het vrije verkeer van personen. EU-regelgeving op het gebied van ioniserende straling maakte eerder een wettelijke regulering van het beroep klinisch fysicus noodzakelijk. De klinisch fysicus is om die reden al sinds 2009 gereguleerd op grond van artikel 34 van de Wet BIG. Het is dus niet de vraag of wettelijke regulering noodzakelijk is; die vraag is al (positief) beantwoord door opname in artikel 34. De vraag ligt voor of regulering in artikel 3 van de Wet BIG noodzakelijk is. Daarbij neemt de Minister de adviezen van het Zorginstituut veelal over.

Voorgesteld wordt de adviezen van het Zorginstituut grotendeels over te nemen. Met dit wetsvoorstel wordt de beroepsgroep klinisch fysicus als geheel aan artikel 3 van de wet toegevoegd. Vervolgens wordt voorgesteld om in hoofdstuk III, Afdeling 1, van de wet (nieuw artikel 33j, tweede lid), binnen de beroepsgroep vier werkerreinen te onderscheiden, te weten:

- a. algemene klinische fysica;
- b. klinische fysica radiologie en nucleaire geneeskunde;
- c. klinische fysica radiotherapie, en
- d. klinische fysica audiologie.

De klinisch fysici in de werkerreinen algemene klinische fysica, radiologie en nucleaire geneeskunde en radiotherapie werken met radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden. Voorgesteld wordt om voor hen in de wet vast te leggen dat deze klinisch fysici bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig mogen uitvoeren (artikel 36, achtste lid van de Wet BIG).

Voor wat betreft de klinisch fysicus binnen het werkerrein audiologie is dit niet nodig omdat deze in de praktijk geen voorbehouden handelingen verricht en niet met ioniserende straling werkt.

Het Zorginstituut concludeert in zijn advies bovendien dat de klinisch fysicus audioloog niet over de nodige deskundigheid beschikt om de voorbehouden handelingen met ioniserende straling zelfstandig te verrichten. Desondanks adviseert het Zorginstituut om

²⁷ Kamerstukken II 2019-2020, 29282, nr. 392.

²⁸ Zie noot 4 [controle]

²⁹ Kamerstukken II 2014/2015, 29282, nr. 211.

de gehele beroepsgroep de zelfstandige bevoegdheid toe te kennen, zonder daarbij de klinisch fysicus binnen het werkkterrein audiologie uit te sluiten. Volgens het Zorginstituut is een uitzondering niet nodig omdat een klinisch fysicus alleen de bevoegdheid heeft indien deze ook bekwaam is. In het geval een klinisch fysicus niet bekwaam is, zoals het geval is voor klinisch fysici binnen het werkkterrein audiologie, heeft deze dus geen bevoegdheid. De regering volg dit onderdeel van het advies van het Zorginstituut niet. Het uitgangspunt dat een bevoegdheid alleen bestaat indien de beroepsbeoefenaar bekwaam is om een handeling te verrichten, laat onterecht ruimte voor interpretatie en discussie in de praktijk. Het verdient de voorkeur om direct duidelijk te bepalen wanneer een klinisch fysicus de voorbehouden handeling '*werken met ioniserende straling*' mag verrichten. De eis dat een klinisch fysicus dan ook bekwaam moet zijn, geldt daarbij altijd voor de *individuele* klinisch fysicus.

Het bovenstaande laat onverlet dat ook voor de klinisch fysicus binnen het werkkterrein audiologie het publiekrechtelijk tuchtrecht toepasselijk wordt. Dit is in lijn met het advies van het Zorginstituut.

In aanvulling op het advies van het Zorginstituut is een belangrijke overweging om het beroep van klinisch fysicus, genoemd onder a tot en met c, in artikel 3 van de Wet BIG te regelen, gelegen in de ontwikkeling die het beroep sinds 20 jaar geleden heeft doorgemaakt. De rol van de klinisch fysicus is namelijk ontwikkeld van een ondersteunende naar een cruciale positie in het behandelingsproces. De veranderingen binnen de klinische fysica brengen nieuwe uitdagingen en verantwoordelijkheden met zich mee, mede door het snel veranderende landschap van de medische technologie en behandelingsmethoden. Wat 20 jaar geleden op dit gebied ondenkbaar was, is nu mogelijk geworden en dit heeft aanzienlijke gevolgen voor de manier waarop klinisch fysici hun werk uitvoeren. Een goed voorbeeld hiervan is de radiotherapie en dan met name de behandeling van laag-risico prostaatkanker. Toen de opleiding tot klinisch fysicus begon, waren vierendertig bestralingen de standaard. Dankzij hoge-precisie radiotherapie en nieuwe inzichten in de radiologie kan prostaatkanker nu in slechts enkele sessies behandeld worden. Hoog-risico prostaatkanker en moeilijk behandelbare tumoren, zoals die in de alvleesklier, nieren en lever, kunnen nu behandeld worden dankzij adaptieve bestralingstechnieken die omliggende organen beter beschermen. Deze vooruitgang heeft de complexiteit en de verantwoordelijkheid van de klinisch fysicus en de handelingen op het gebied met ioniserende straling, aanzienlijk vergroot. Onder meer om deze reden volstaat de regulering via artikel 34 niet meer.

Daarnaast leidt het feit dat de klinisch fysicus een eigen deskundigheid heeft, maar nu in opdracht van een arts voorbehouden handelingen uitvoert en niet zelfstandig mag indiceren, in het werkveld tot vertraging en kost dat de behandelend arts onnodig veel tijd. Met het regelen van de zelfstandige bevoegdheid zal de positie van de klinisch fysicus door een optimale doelmatige en efficiënte inzet naar verwachting leiden tot arbeidsbesparing bij zowel artsen als de klinisch fysici.

Hiernaast kan, om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen, het corrigeren van gedrag nodig zijn in het kader van de individuele patiëntenzorg. Binnen de beroepsgroep is, zoals is gebleken uit het tweede adviesrapport van het Zorginstituut, nauwelijks uitvoering gegeven aan het intern tuchtrecht. Dit geldt niet alleen voor de audiologen, ook voor de andere differentiaties binnen het beroep. Geredeneerd vanuit veiligheid en transparantie voor de individuele patiëntenzorg is het

wenselijk dat de hele beroepsgroep onder het wettelijk geregelde tuchtrecht komt te vallen.

4. Wijziging van artikel 8

Voorgesteld wordt bij de peildatum die relevant is voor de verplichting tot periodieke registratie onderscheid te maken tussen:

- personen die een erkenning van beroepskwalificaties hebben verkregen zonder het doorlopen van een aanpassingsstage of afronden van een proeve van bekwaamheid; en
- personen die een erkenning van beroepskwalificaties hebben verkregen na het doorlopen van een aanpassingsstage of afronden van een proeve van bekwaamheid.

De achtergrond hiervan is als volgt. Artikel 8 van de Wet BIG bevat de verplichting om bij algemene maatregel van bestuur een systeem van periodieke registratie in het leven te roepen voor beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, welke verplichting nader wordt geregeld in Besluit periodieke registratie Wet BIG en de Regeling periodieke registratie Wet BIG. Voor het vaststellen van de periode na afloop waarvan een geregistreerde kan worden doorgehaald in het register wanneer niet aan de eisen van periodieke registratie is voldaan, zijn de in het tweede lid, van artikel 8 van de wet vastgelegde peildata van belang.

Situatie sinds 1 april 2019

Voor beroepsbeoefenaren die op grond van een erkenning van beroepskwalificaties een aanvraag tot BIG-registratie willen indienen, geldt sinds 1 april 2019 de datum van het *diploma* op grond waarvan de ingeschrevene de erkenning heeft verkregen als peildatum. Vóór 1 april 2019 gold de datum van de *erkenning* van het diploma als peildatum vanaf wanneer de eisen van periodieke registratie begonnen te lopen.

Reden dat dit destijds is gewijzigd, is dat bij de erkenning van de beroepskwalificaties slechts wordt beoordeeld of de genoten opleiding wezenlijke verschillen met de Nederlandse opleiding vertoont. Erkenning kon aldus plaatsvinden op basis van 'oude' diploma's en zei niet of de betreffende persoon over recente werkervaring beschikte. Mede gelet op de kwaliteit van de zorgverlening is artikel 8 van de Wet BIG daarom gewijzigd waardoor ook voor deze groep beroepsbeoefenaren de datum van het diploma als peildatum voor registratie is gaan gelden.

Gevolgen van in 2019 gewijzigde situatie

In de praktijk is evenwel gebleken dat deze wijziging voor sommige personen onwenselijk uitpakt. Het betreft degenen die de erkenning van beroepskwalificaties hebben verkregen na het doorlopen van een aanpassingsstage of het afronden van een proeve van bekwaamheid en waarvan het diploma ouder was dan vijf jaar op het moment dat deze een aanvraag tot BIG-registratie indiende. Als het diploma op het moment van aanvraag ouder is dan vijf jaar, moet namelijk ook worden voldaan aan de vereisten voor periodieke registratie. Dit betekent dat de betrokkene moet voldoen aan het vereiste aantal uren werkervaring of het scholingsvereiste om in aanmerking te komen voor registratie in het BIG-register.

Het kan daarnaast ook voorkomen dat iemand een diploma heeft dat jonger is dan vijf jaar op het moment van aanvragen van een erkenning van de beroepskwalificaties, maar dat het diploma na het afronden van een aanpassingsstage of proeve van bekwaamheid

inmiddels ouder is dan vijf jaar. Op dat moment moet de betrokkene ook voldoen aan de aanvullende vereisten op het gebied van periodieke registratie om in het BIG-register geregistreerd te worden, wat betekent dat de betrokkene een minimaal aantal uren werkervaring opgedaan moet hebben in de voorafgaande vijf jaar of recent scholing heeft gevolgd dat voldoet aan de gestelde eisen. De uren die men heeft gewerkt tijdens de aanpassingsstage of proeve van bekwaamheid, mogen echter niet meetellen voor de werkervaringseis omdat deze niet zijn verricht tijdens actieve registratie.³⁰ Dit heeft tot gevolg dat de betrokkene mogelijk niet kan voldoen aan de werkervaringseis en daardoor alsnog aanvullende scholing moet volgen, terwijl deze net door middel van een aanpassingsstage of proeve van bekwaamheid diens beroepskwalificaties heeft aangetoond. Dit wordt onwenselijk geacht.

Richtlijn 2005/36/EG

De situatie dat buitenslands gediplomeerden niet alleen een aanpassingsstage of proeve van bekwaamheid moeten uitvoeren alvorens zij een erkenning van beroepskwalificaties kunnen ontvangen, maar vervolgens ook nog een scholingstraject moeten volgen om in het BIG-register opgenomen te worden, lijkt bovendien in de hierboven genoemde situatie niet in lijn met het doel en de strekking van de Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van de Europese Unie van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties (PbEU 2005, L 255). De extra eis van scholing in het kader van periodieke registratie bij opname in het BIG-register naast de al doorlopen aanpassingsstage of afgelegde proeve van bekwaamheid, vormt hier naar mijn oordeel een belemmering voor een buitenlandse zorgverlener om toegelaten te worden tot de arbeidsmarkt waarvoor geen objectieve rechtvaardiging is aan te voeren en levert daarmee strijd op met het Unierecht. Gelet hierop wordt artikel 8, eerste lid, onderdeel a, van de Wet BIG op dit moment conform het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie uitgelegd.

Nieuwe situatie

Met dit wetsvoorstel is ervoor gekozen om onderscheid te maken tussen beroepsbeoefenaren die direct een erkenning van beroepskwalificaties ontvangen en beroepsbeoefenaren die daarvoor eerst nog een aanpassingsstage of proeve van bekwaamheid moeten doorlopen of afleggen. De redenering zoals opgenomen bij de wijziging van 1 april 2019, namelijk dat bij de erkenning van de beroepskwalificaties slechts wordt beoordeeld of de genoten opleiding wezenlijke verschillen met de Nederlandse opleiding, klopt nog steeds. Wanneer echter wordt beoordeeld dat er wezenlijke verschillen bestaan tussen het diploma van de betrokkene en de Nederlandse opleiding, moeten aanvullende handelingen worden verricht door de betrokkene waarbij de geconstateerde wezenlijke verschillen overbrugd worden. Dit hoeft niet in het geval er geen wezenlijke verschillen worden geconstateerd met de Nederlandse opleiding. Met dit wetsvoorstel is er daarom voor gekozen om onderscheid te maken tussen deze twee situaties die zich kunnen voordoen bij de procedure voor een erkenning van beroepskwalificaties.

Zoals hiervoor aangegeven hebben beroepsbeoefenaren die direct een erkenning van beroepskwalificaties ontvangen bij de beoordeling van hun beroepskwalificatie, niet hoeven aantonen dat zij beschikken over recente werkervaring. Het is daarom wenselijk om de huidige situatie voor deze groep in stand te laten, en daarbij de datum van het

³⁰ Artikel 8, tweede lid, onderdeel c, Wet BIG jo. artikel 3, Besluit periodieke registratie Wet BIG.

diploma als peildatum te behouden. Wanneer een betrokkene direct een erkenning van beroepskwalificaties ontvangt met een verouderd diploma is het, gelet op het belang van de kwaliteit van zorgverlening, namelijk wenselijk dat deze aan kan tonen over recente werkervaring te beschikken alvorens de betrokkene in het BIG-register wordt geregistreerd. Deze voorwaarde is ook van toepassing op Nederlands gediplomeerden en aanvragers die in aanmerking komen voor automatische erkenning van het diploma.

Met betrekking tot de groep beroepsbeoefenaren die eerst een aanpassingsstage hebben moeten doorlopen of proeve van bekwaamheid hebben moeten afleggen alvorens zij een erkenning van beroepskwalificaties konden ontvangen, zal de datum van de erkenning van beroepskwalificaties echter weer als peildatum worden gebruikt. Reden hiervoor is dat een betrokkene door het doorlopen van een aanpassingsstage of het met succes afleggen van de proeve van bekwaamheid heeft aangetoond dat deze voldoet aan het niveau van de Nederlandse opleiding en over de vereiste vaardigheden beschikt. De beroepsbeoefenaar die direct een erkenning van beroepskwalificaties heeft ontvangen, heeft niet aangetoond over recente werkervaring of kennis te beschikken. De aanpassingsstage en proeve van bekwaamheid kunnen worden beschouwd als een extra eis waarbij de bij betrokkene geconstateerde wezenlijke verschillen worden overbrugd tot op het niveau van de Nederlandse opleiding. Wanneer de betrokkene de aanpassingsstage of proeve van bekwaamheid vervolgens met goed gevolg heeft afgerond, kan de erkenning van beroepskwalificaties beschouwd worden als een diploma. Met dit wetsvoorstel wordt voor deze groep beroepsbeoefenaren daarom de datum van erkenning van beroepskwalificaties aangemerkt als peildatum in de zin van de periodieke registratie.

5. Digitalisering tuchtproces

Voorgesteld wordt om in de Wet BIG expliciet de mogelijkheid op te nemen om langs elektronische weg bij de tuchtcolleges te procederen. Het tuchtrecht is een geheel eigen rechtsfiguur ('sui generis'). De regels over het tuchtrecht zijn te vinden in de Wet BIG en het Tuchtrechtbesluit BIG. Regels met betrekking tot digitalisering opgenomen in andere wetten (zoals de Wet modernisering elektronisch bestuurlijk verkeer of de Wet tot wijziging van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering en de Algemene wet bestuursrecht in verband met vereenvoudiging en digitalisering van het procesrecht) zijn niet van toepassing op het tuchtrecht in de Wet BIG. Regels over digitalisering van het tuchtproces moeten daarom in de Wet BIG zelf worden opgenomen. Het doel is burgers laagdrempelig in te staat te stellen hun klacht langs elektronische weg in te dienen, de daaropvolgende schriftelijke procedure langs elektronische weg te voeren en de uitspraak elektronisch te ontvangen. Het gaat hier om de mogelijkheid en geen verplichting tot elektronisch procederen. De burger heeft de keuze tussen het volgen van de elektronische weg of de papieren weg. Er is hiervoor gekozen om te verzekeren dat partijen die geen gebruik kunnen maken van het internet, daarvoor onvoldoende expertise hebben of geen authenticatiemiddelen kunnen verkrijgen om digitaal toegang te krijgen tot de tuchtrechter, toegang tot de tuchtrechter behouden.

De aanleiding tot deze wetswijziging is een reeks van datalekken met fysieke postbezorging. Deze datalekken hebben ertoe geleid dat de tuchtcolleges sinds 2017 post met medische persoonsgegevens aangetekend naar partijen en per Interdepartementale Post en Koeriersdienst (IPKD) naar de leden van tuchtcolleges zijn gaan verzenden. Dit heeft echter niet alleen behoorlijke budgettaire consequenties gehad, maar heeft ook niet

alle datalekken kunnen mitigeren. Er is daarom ingezet op digitalisering van het tuchtrechtelijke proces. Bovendien past het inzetten op digitalisering van het indienen en uitwisselen van stukken in de tuchtprocedure in het kader van de Wet BIG bij de toenemende digitalisering in de communicatie tussen burger en overheid, in de rechtspraak en in de gezondheidszorg.

Alhoewel de Wet BIG procederen langs elektronische weg niet uitsluit, is ervoor gekozen om expliciet in de wet op te nemen dat indiening van stukken en communicatie tussen partijen en de tuchtcolleges ook langs elektronische weg kan. Dit sluit aan bij de taak van de overheid te waarborgen dat de tuchtrechtspraak zo goed mogelijk kan worden uitgevoerd, zo toegankelijk mogelijk is en dat de stukkenstroom zo veilig mogelijk plaatsvindt. In Nederland is in de gezondheidszorg gekozen voor een wettelijk tuchtrecht en aanpassingen in de tuchtrechtelijke procedures vragen daarom om overheidsinterventie. Overheidsinterventie met het oog op digitalisering van het tuchtrecht wordt wenselijk geacht om aan te sluiten op de toegenomen digitalisering in de samenleving. De overheid moet de mogelijkheid creëren en de juridische randvoorwaarden scheppen om digitaal procederen in het tuchtrecht mogelijk te maken. Het digitale verkeer verloopt voor het hele proces van indiening van de klacht tot versturen van de uitspraak via het digitale systeem voor gegevensverwerking. De voorgenomen wetwijziging roept geen nieuwe informatieverplichtingen in het leven: het biedt enkel de ruimte aan de tuchtcolleges om elektronisch procederen op vrijwillige basis mogelijk te maken.

In het verlengde van het voorgaande wordt in dit wetsvoorstel ook expliciet vastgelegd dat met '*handtekening*' ook wordt bedoeld elektronische handtekening. Daarnaast wordt met deze wetwijziging een delegatiegrondslag opgenomen om in lagere regelgeving eisen te kunnen stellen aan het digitale systeem voor het verwerken van de gegevens. Het gaat hier namelijk veelal om privacygevoelige gegevens (medische gegevens). Concreet gaat het dan om onder meer eisen aan identificatie, authenticatie, eisen aan de digitale handtekening en informatiebeveiliging. De verwachting is dat zowel voor de burgers en de BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, als voor de tuchtcolleges procederen langs elektronische weg zal bijdragen aan een betere, snellere en veiligere communicatie, tot een eenvoudiger en snellere verwerking van aangeleverde stukken en een efficiëntere en meer duurzame werkwijze bij de administraties van de tuchtcolleges. Inmiddels is het interne administratieve proces bij de tuchtcolleges gedigitaliseerd. In de eerstvolgende fase kunnen partijen digitaal procederen. Het digitaal indienen van stukken zal in het eerste kwartaal van 2025 mogelijk zijn.

6. Financiële lasten en regeldruk

6.1. Beroep MHAZ

Door opname van de MHAZ in artikel 3 van de Wet BIG zal deze beroepsgroep zich in het BIG-register moeten registreren en zal de periodieke registratie voor deze beroepsgroep gaan gelden. De initiële registratie in het BIG-register zal voor een MHAZ'er eenmalig € 85 kosten. Dat betekent dat er voor de huidige groep MHAZ'ers (550 MHAZ'ers x € 85 =) € 46.750 aan eenmalige kosten zijn voor registratie in het BIG-register. De regeldrukkosten die daaraan verbonden zijn luiden als volgt. De tijd die het kost om zich in te schrijven in het register wordt geschat op 30 minuten per inschrijving. Uitgaande

van een uurtarief van € 20 betekent dit aan eenmalige administratieve last van (550 MHAZ'ers x 0.5 x € 20) = € 5.500. Dat maakt dat de totale kosten van de eerste registratie (registratiekosten € 46.750 + regeldrukkosten € 5.500) € 52.250 bedragen.

Aangezien voor BIG-beroepsbeoefenaren de eisen op het gebied van periodieke registratie meebrengen dat iedere vijf jaar een aantekening in het register moet worden gemaakt van recente scholing of werkervaring, betekent dit dat de MHAZ'ers iedere vijf jaar daarvan een aantekening in het register moeten laten maken. De kosten die daarmee gemoeid zijn, bedragen € 85. Dat betekent dat voor de huidige groep van MHAZ'ers daaraan de volgende periodieke kosten per vijf jaar verbonden zijn: (550 x € 85 =) € 46.750. De regeldrukkosten hiervan zijn als volgt. De tijd die het kost om de aantekening in het register te laten maken wordt geschat op 30 minuten per aantekening. Uitgaande van een uurtarief van € 20 betekent dit per vijf jaar aan administratieve lasten (550 MHAZ'ers x 0,5 x € 20) = € 5.500. Dat maakt dat de totale kosten die verbonden zijn aan de periodieke registratie voor de bestaande groep van MHAZ-ers (kosten voor het laten maken van de aantekening in het register in het kader van periodieke registratie € 46.750 + daarmee verbonden regeldrukkosten € 5.500) € 52.250 bedragen.

Jaarlijks studeren ongeveer 60 MHAZ'ers af. Voor de MHAZ'ers die zich na afstuderen zullen gaan registreren, zijn de financiële lasten daarvan jaarlijks (60 MHAZ'ers x € 85 =) € 5.100. De regeldrukkosten die met deze eerste registratie verbonden zijn, zijn als volgt. De tijd die het kost om zich in te schrijven in het register wordt geschat op 30 minuten per inschrijving. Uitgaande van een uurtarief van € 20 betekent dit aan eenmalige administratieve last van (60 MHAZ'ers x 0.5 x € 20) = € 600. Dat maakt dat de totale kosten van de eerste registratie voor de nieuwe MHAZ'ers (registratiekosten € 5.100 + regeldrukkosten € 600) € 5.700 bedragen.

Ook voor deze groep gelden naast de financiële lasten van de eenmalige registratieplicht de regels van periodieke registratie. Dat kost eens in de vijf jaar € 85 per aantekening. De kosten die daarmee verbonden zijn, bedragen daarmee 60 x € 85 = € 5.100. De regeldruk die verbonden is met de periodieke registratie van deze groep komt dan neer op een bedrag van (60 MHAZ'ers x 0,5 x € 20 =) € 600 per jaar. De totale kosten van de eerste registratie voor nieuwe MHAZ'ers zullen jaarlijks (registratiekosten € 5.100 en daarmee verbonden regeldrukkosten van € 600) € 5.700 bedragen.

6.2 Beroep klinisch fysicus

Het opnemen van de klinisch fysicus in artikel 3 van de Wet BIG heeft financiële gevolgen. Voor deze beroepsgroep gaat de periodieke registratie gelden en aan registratie in het BIG-register zijn kosten verbonden.

De kosten voor registratie in het BIG-register zijn € 85 voor een periode van 5 jaar.³¹ Dat betekent dat er voor de huidige groep klinisch fysici (450 x € 85 =) € 38.250 aan eenmalige kosten zijn voor registratie. Naast de financiële lasten zorgt de registratieplicht ook voor regeldruk. Zo kost het de klinisch fysicus tijd om zich in te schrijven. Dit wordt geschat op 30 minuten per inschrijving. Uitgaande van een uurtarief van € 54, betekent dit aan eenmalige administratieve last een bedrag van (450 x 0.5 x € 54 =) € 12.150 voor de huidige groep klinisch fysici.

³¹ Artikel 1 van de Regeling tarieven registratie beroepsbeoefenaren Wet BIG.

Dat maakt dat de totale kosten van de eerste registratie (registratiekosten € 38.250 + regeldrukkosten € 12.150) totaal € 50.400 bedragen.

Aangezien voor BIG-beroepsbeoefenaren de eisen op het gebied van periodieke registratie meebrengen dat iedere vijf jaar een aantekening in het register moet worden gemaakt van recente scholing of werkervaring, betekent dit dat klinisch fysicus daarvan elke vijf jaar een aantekening in het register moet laten maken wat € 85 kost per aantekening. Dat betekent dat de kosten voor periodieke registratie voor de groep klinisch fysici ($450 \times € 85,00 =$) € 38.250 bedragen. De regeldrukkosten hiervan zijn als volgt. Voor de periodieke registratie wordt de regeldruk ook geschat op 30 minuten per inschrijving. Uitgaande van een uurtarief van € 54, betekent dit aan administratieve last een bedrag van ($450 \times 0,5 \times € 54 =$) € 12.150 per vijf jaar.

Dat maakt dat de totale kosten die verbonden zijn aan de periodieke registratie voor de bestaande groep van klinisch fysicus (kosten voor het laten maken van een aantekening in het register in het kader van periodieke registratie € 38.250 + daarmee verbonden regeldrukkosten € 12.150 =) 50.400 bedragen.

Jaarlijks behalen ongeveer 22 klinisch fysici hun registratie. Voor de klinisch fysici die zich na het behalen van hun opleiding zullen gaan registreren zijn de financiële lasten daarvan jaarlijks ($22 \times € 85 =$) € 1.870. De regeldruk voor (de inschrijving van) de klinisch fysicus komt dan neer op een bedrag van ($22 \times 0,5 \times € 54 =$) € 594 per jaar. De totale kosten van de eerste registratie voor nieuwe klinisch fysici zullen jaarlijks (registratiekosten € 1.870 en daarmee verbonden regeldrukkosten € 594) 2.464 bedragen.

6.3 Wijziging peildatum periodieke registratie

De wijziging van artikel 8 Wet BIG, waarbij voor de vaststelling van de peildatum voor de periodieke registratie onderscheid gemaakt wordt tussen twee situaties die zich kunnen voordoen bij de procedure voor een erkenning van beroepskwalificaties, heeft geen effect op de regeldruk voor de beroepsbeoefenaren. De periodieke registratie blijft van toepassing, echter hiermee wordt voorkomen dat personen die een erkenning van beroepskwalificaties hebben verkregen na het doorlopen van een aanpassingsstage of afronden van een proeve van bekwaamheid ook moeten voldoen aan aanvullende vereisten.

6.4 Digitalisering tuchtproces

De verwachting is dat de digitalisering van het tuchtproces leidt tot een efficiëntere werkwijze bij de administraties van de tuchtcolleges. De jaarlijkse kosten voor het aangetekend verzenden van post en per IPKD inclusief reprocosten bedragen ca. € 160.000. Die kosten zullen zeer sterk gereduceerd kunnen worden zodra de digitalisering gerealiseerd is en duidelijk is gemaakt dat tuchtcolleges openstaan voor het ontvangen van een tuchtklacht via digitale weg. De bestaande kosten zullen naar verwachting (aanvankelijk) met tenminste 75% dalen. Daar zullen deels meerkosten tegenover staan als gevolg van de automatisering. Door de uitbreiding van het digitale systeem voor gegevensverwerking zullen de kosten voor beheer van het systeem namelijk toenemen.

De lasten die gepaard gaan met de digitale informatie-uitwisseling tussen partijen en de

tuchtcolleges hangen samen met de wettelijke waarborgen die vereist zijn voor een eerlijke en efficiënte procesvoering.

De kosten voor de uitbreiding van het digitale systeem en de beheer en licentiekosten zijn als volgt berekend.

Incidentele kosten	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Uitbreiding digitaal systeem	1.100.000	500.000				
Structurele kosten						
Beheer & licentiekosten		330.000	330.000	330.000	330.000	330.000
Licentiekosten planningstool		35.000	35.000	35.000	35.000	35.000

Partijen die gebruik willen maken van elektronisch procederen, dienen te beschikken over toegang tot een computer of laptop met internetverbinding en in sommige gevallen een scanvoorziening. Professionele partijen en de meeste huishoudens beschikken veelal al over dergelijke voorzieningen zodat hier geen extra kosten uit zullen voortvloeien. Voorts dienen partijen te beschikken over een authenticatiemiddel dat voldoet aan de in de lagere regelgeving op te nemen eisen waarbij te denken valt aan DigiD, e-herkenning en eventueel de UZI-pas. Doordat partijen kunnen kiezen voor elektronisch procederen, kunnen zij frankeer- en kopieerkosten besparen, alsmede makkelijker toegang krijgen tot hun dossier in het digitale systeem. Voor degenen die daar geen gebruik van kunnen of willen maken, blijft de mogelijkheid van procederen langs papieren weg bestaan.

Dit wetsvoorstel is voorgelegd aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR). [PM reactie ATR]

Ook heeft er een fraudetoets plaatsgevonden. Het risico op fraude met echtheid van getuigschriften is klein en er staan voldoende beheersmiddelen en sancties tegenover.

7. Advies en consultatie

PM Uitvoeringstoets & handhavingstoets en fraudetoets CIBG, IGJ en ESTT.

8. Verhouding tot hoger recht

Op grond van Richtlijn (EU) 2018/958 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen (hierna: richtlijn)³² 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 beoordeeld wordt of de voorgestelde regels gerechtvaardigd zijn uit hoofde van een doelstelling van algemeen belang en of ze

³² 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).

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.

Voor beide beroepen is een door de richtlijn vereiste evenredigheidsbeoordeling verricht. 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.

MHAZ

Ten aanzien van regulering van de MHAZ is hiervoor in paragrafen 2.3 en 2.4 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 2.4.1 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 toekennen van functioneel zelfstandige bevoegdheid 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.

Klinisch fysicus

In casu is de doelstelling van algemeen belang waaraan moet zijn voldaan en die door de voorgestelde bepalingen wordt nagestreefd, het belang van volksgezondheid.³³ 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 beroepsbeoefenaren in 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 (en daarmee het vereiste van periodieke registratie), de toekenning van beroepstitelbescherming, het feit dat beide beroepen voortaan

³³ Artikel 6 van de richtlijn.

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 3.2 tot en met 3.5). 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.

II Artikelsgewijs

Artikel I, onderdeel A

In de begripsbepaling in artikel 1 van de Wet BIG worden de begrippen aanpassingsstage proeve van bekwaamheid opgenomen. Hierbij wordt aangesloten bij de definities van deze begrippen in de Algemene wet erkenning EU-beroepskwalificaties.

Artikel I, onderdeel B

Met dit artikel wordt voorgesteld zowel de medisch hulpverlener acute zorg als de klinisch fysicus op te nemen in de lijst van beroepen in artikel 3 Wet BIG. Op grond van dit artikel wordt een register ingesteld, waarin deze beroepsbeoefenaren op hun aanvraag kunnen worden ingeschreven, als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Dit betreft in elk geval de voorwaarden over de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied van de MHAZ c.q. de klinisch fysicus zoals opgenomen in de voorgestelde paragraaf 12 respectievelijk paragraaf 13 van hoofdstuk III. Deze voorwaarden worden nader uitgewerkt bij algemene maatregel van bestuur.

Artikel I, onderdeel C

Artikel 8, tweede lid, onderdeel a, van de Wet BIG beschrijft de situaties waarin de datum van het behalen van een diploma of erkenning van beroepskwalificaties als peildatum geldt voor de periodieke registratie. Met dit onderdeel wordt voorgesteld om de bestaande situaties die onveranderd blijven in drie subonderdelen op te nemen en een nieuw subonderdeel 4^o toe te voegen dat regelt dat indien een aanvrager eerst een aanpassingsstage of proeve van vakbekwaamheid heeft verricht voordat deze een erkenning van beroepskwalificaties heeft verkregen, de datum van de erkenning als peildatum geldt. Voor een nadere toelichting hierop wordt verwezen naar het algemeen deel van deze toelichting. Vanwege de leesbaarheid en om wetstechnische redenen is ervoor gekozen om het gehele onderdeel a opnieuw vast te stellen.

Artikel I, onderdeel D

Met deze wijziging wordt paragraaf 12 aan hoofdstuk III van de wet toegevoegd waarin een wettelijke basis wordt gelegd om bij algemene maatregel van bestuur opleidingseisen te stellen die gelden om ingeschreven te worden in het register van MHAZ. Daarnaast regelt dit artikel het deskundigheidsgebied van de MHAZ. Dat is opgenomen in het voorgestelde artikel 33h waarin is bepaald dat tot het deskundigheidsgebied van de MHAZ wordt gerekend het in opdracht van een daartoe bevoegde beroepsbeoefenaar verrichten van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen handelingen op het gebied van acute zorg. Het betreft spoedeisende dan wel levensreddende handelingen en handelingen die gericht zijn op het bewaken van de gezondheidstoestand van de patiënt. Verder bepaalt artikel 33h, tweede lid, dat de diagnostische en de therapeutische werkzaamheden bij de opdrachtgever blijven berusten. Het gaat dus om het in opdracht verrichten van deze handelingen voor de opdrachtnemer. Bij algemene maatregel van bestuur worden nog verdere beperkingen gesteld aan de handelingen waartoe een MHAZ bevoegd is. Te denken valt hierbij aan een beschrijving van de handelingen die de MHAZ mag verrichten en die vergelijkbaar zijn met de handelingen die een (ambulance)verpleegkundige functioneel zelfstandig mag verrichten.

Daarnaast wordt met deze wijziging paragraaf 13 aan hoofdstuk III van de wet toegevoegd waarin een wettelijke basis wordt gelegd om bij algemene maatregel van

bestuur opleidingseisen te stellen die gelden om ingeschreven te worden in het register van klinisch fysicus (nieuw artikel 33i).

Het voorgestelde artikel 33j regelt het deskundigheidsgebied van de klinisch fysicus. Het eerste lid, onderdeel a, van dat artikel beschrijft het algemene deskundigheidsgebied van de klinisch fysicus. Klinisch fysici zijn eindverantwoordelijk voor het verrichten, interpreteren en beoordelen van fysische metingen en berekeningen. Ze zorgen voor de (verbetering van) kwaliteit en veilige toepassing van medische apparatuur. Daarnaast hebben zij taken op het gebied van onderzoek naar en ontwikkeling van nieuwe fysische methoden en apparatuur. In de omschrijving van het algemene deskundigheidsgebied wordt gesproken over '*medisch-fysische methoden, technieken en modellen*'. Het gaat hier bijvoorbeeld om fysische meettechnieken die klinisch worden toegepast en waar inzicht in de achterliggende fysische principes nodig is voor een juiste interpretatie van de resultaten (zoals dosimetrie (zie ook paragraaf 3.3 van het algemeen deel van de toelichting)). Door zijn exacte achtergrond in combinatie met een klinisch gerichte opleiding kan de klinisch fysicus dat inzicht aan de medisch specialist aanbieden. In vrijwel alle medische disciplines wordt in ruime mate gebruik gemaakt van fysische modellen en meettechnieken waarvan de resultaten de basis vormen voor de interpretatie van klinische meetresultaten en het in te stellen medische beleid. Een voorbeeld is het verkrijgen van functionele informatie over de hersenen met behulp van functional brain imaging door middel van MRI of positron-emissie-tomografie (PET) of MR spectroscopie (een techniek waarmee de lokale concentratie van stoffen die een rol spelen in de stofwisseling in de hersenen, bepaald wordt). Dit is niet mogelijk zonder fysische modellering.

In de omschrijving van het deskundigheidsgebied wordt gesproken van '*fysische agentia*'. Daaronder wordt verstaan geluid, licht, temperatuur, trillingen, (ioniserende)straling en elektromagnetische velden. De toepassing van elektromagnetische straling in de gezondheidszorg strekt zich over een groot deel van het spectrum uit, van laagfrequente radiogolven tot hoogfrequente ioniserende straling, zoals röntgen- en gammastraling. Een specifieke toepassing vormt het gebruik van laserstraling, bijvoorbeeld in de oogheelkunde, dermatologie en neurochirurgie.

Het deskundigheidsgebied van de klinisch fysicus bestaat uit vier verschillende werkterreinen die in het voorgestelde tweede lid zijn genoemd. Er is gekozen voor de term '*werkterrein*', omdat deze term ook in het huidige Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied klinisch fysicus wordt gebruikt. De klinisch fysicus is werkzaam op ten minste één van de genoemde werkterreinen. Deze werkterreinen komen overeen met de vier differentiaties van de postdoctorale opleiding tot klinisch fysicus (zie ook paragraaf 3.1 van het algemeen deel van deze toelichting waarin de vier differentiaties/werkterreinen reeds zijn toegelicht). Overstap van het ene naar het andere werkterrein is niet mogelijk zonder aanvullende opleiding. Deze vier werkterreinen kennen hun eigen expertisegebieden.

Artikel I, onderdeel E

In dit onderdeel wordt voorgesteld om de zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van de voorbehouden handeling op het gebied van radioactieve stoffen of ioniserende straling (artikel 36, achtste lid, Wet BIG) toe te kennen aan de klinisch fysici die werkzaam zijn op ten minste één van de werkterreinen klinische fysica algemeen,

klinische fysica radiologie en nucleaire geneeskunde, en klinische fysica radiotherapie.

Zoals ook uit het algemeen deel van de toelichting blijkt, geldt dit niet voor de klinisch fysicus werkzaam op het werkterrein audiologie. Op het werkterrein van de klinisch fysicus audiologie worden geen voorbehouden handelingen uitgevoerd; daarom is het niet aan de orde om de klinisch fysicus met het werkterrein audiologie in artikel 36, achtste lid, Wet BIG aan te wijzen.

Artikel I, onderdeel F

Met dit onderdeel wordt geregeld dat de MHAZ en de klinisch fysicus aan tuchtrechtspraak zullen zijn onderworpen. Het tuchtrecht is immers van toepassing op alle in artikel 3 van de wet geregelde beroepen. De MHAZ en de klinisch fysicus worden dan ook toegevoegd aan artikel 47, tweede lid. In het algemene deel van deze toelichting is daaraan aandacht besteed.

Artikel I, onderdeel G

Met dit onderdeel wordt in de Wet BIG expliciet de mogelijkheid opgenomen om digitaal te procederen bij de tuchtcolleges. Zoals ook in het algemeen deel van de toelichting is uitgelegd, heeft de burger de keuze tussen digitaal procederen of procederen langs de papieren weg. Hiervoor is gekozen om te verzekeren dat partijen die geen gebruik kunnen maken van het internet, daarvoor onvoldoende expertise hebben, of geen authenticatiemiddelen kunnen verkrijgen om digitaal toegang te krijgen tot de tuchtrechter, toegang tot de tuchtrechter behouden.

Voorgesteld wordt om een nieuwe paragraaf 3a in hoofdstuk VII (Tuchtrechtspraak) in te voegen over verkeer langs elektronische weg met de tuchtcolleges. Deze nieuwe paragraaf is ingevoegd vóór paragrafen 4 (procedure in eerste aanleg) en 5 (procedure in beroep), zodat elektronisch procederen voor zowel eerste aanleg als voor beroep mogelijk is. Waar in de voorgestelde paragraaf 3a gesproken wordt van 'tuchtcollege' wordt bedoeld zowel het regionale tuchtcollege als het centrale tuchtcollege.

Het voorgestelde artikel 64a bepaalt expliciet dat het indienen van een klaagschrift en een beroepschrift langs elektronische weg mogelijk is. Als voor elektronische indiening wordt gekozen, dan moeten andere stukken ook langs elektronische weg worden ingediend (artikel 64a, tweede lid). Het is dus de bedoeling om alles óf digitaal te doen óf langs papieren weg. Het is niet de bedoeling dat er naar believen een processtuk digitaal en vervolgens een ander processtuk op papier wordt aangeleverd. Hierop is één uitzondering mogelijk als de elektronische weg is gekozen; de voorzitter van een tuchtcollege kan in dat geval namelijk bepalen dat de procedure wordt voortgezet langs papieren weg (artikel 64a, vijfde lid).

Het vierde lid van artikel 64a bepaalt voor de duidelijkheid dat daar waar gesproken wordt van handelingen die '*schriftelijk*' moeten gebeuren, daaraan ook wordt voldaan als dat langs elektronische weg geschiedt. Voorbeelden hiervan zijn de artikelen 65c Wet BIG (schriftelijk aanvullen of wijzigen van de klacht) en 73b, eerste lid, Wet BIG (schriftelijk verzet doen door klager of beklagde bij het centrale tuchtcollege).

Het voorgestelde artikel 64b bepaalt dat daar waar in hoofdstuk VII van de Wet BIG of in het Tuchtrechtbesluit ondertekening is voorgeschreven, dat daaraan ook wordt voldaan door een elektronische handtekening. Deze elektronische handtekening moet voldoen

aan eisen die bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden gesteld. Het gaat hierbij om veiligheidseisen en technische eisen.

In het voorgestelde artikel 64c is voor de duidelijkheid opgenomen dat communicatie tussen een tuchtcollege en partijen, zoals oproepingen door een tuchtcollege, processen-verbaal en afschriften van een beslissing, en andere berichten tussen een tuchtcollege en partijen langs elektronische weg ter beschikking kunnen worden gesteld.

Het voorgestelde artikel 64d bevat een delegatiegrondslag om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen over een aantal aspecten. Het gaat onder meer om nadere regels over het verkeer langs digitale weg tussen de tuchtcolleges en partijen en eventuele anderen, en het stellen van eisen aan het digitale systeem voor gegevensverwerking van de tuchtcolleges. Voor wat betreft het stukkenverkeer is nadere regelgeving wenselijk gezien de specifieke stukken die in een tuchtprocedure worden gewisseld. Het gaat daarbij niet alleen om klaagschriften en beroepschriften, maar ook om bijvoorbeeld oproepingen, processen-verbaal, de uitnodiging om op een terechtzitting te verschijnen en (een afschrift van) de beslissing. Het is van belang dat wordt gewaarborgd dat de verzending van stukken langs elektronische weg betrouwbaar en vertrouwelijk is.

Voorts kan worden gedacht aan regels over de (technische) voorwaarden waaraan het digitale verkeer moet voldoen (zoals de omvang van bestanden en het formaat waarin deze aan de rechter moeten worden aangeleverd, de wijze waarop bijlagen moeten worden aangeleverd (bijv. op een bepaalde wijze gerangschikt of voorzien van een bepaalde metadatering), de verplichting om geen bestanden te sturen die schade kunnen toebrengen aan de digitale systemen van de tuchtcolleges of het betrouwbaarheidsniveau voor authenticatie).

Daarnaast worden bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels gesteld over het tijdstip van ontvangst van een langs elektronische weg verzonden bericht. Daarbij gaat het om het vaststellen van het tijdstip van ontvangst door het tuchtcollege. Dit is van belang om te kunnen constateren of het langs elektronische weg gestuurde bericht tijdig is ontvangen. Het gaat daarbij ook om het vaststellen van het tijdstip van ontvangst door de geadresseerde van een bericht dat door het tuchtcollege is geplaatst in het digitale systeem voor gegevensverwerking. Het kan bijvoorbeeld gaan om correspondentie aan partijen zoals een verzoek van het tuchtcollege om stukken in te dienen voor een bepaalde datum of een uitnodiging voor de terechtzitting.

Artikel I, onderdeel H

Artikel 92 Wet BIG bevat bijzondere regels voor beroepsbeoefenaren verbonden aan een buitenlandse krijgsmacht. Het gaat om de situatie dat militair wordt samengewerkt met buitenlandse krijgsmachten. Het komt dan voor dat buitenlandse militaire beroepsbeoefenaren, verblijvend in Nederland, op Nederlandse militaire schepen of in Nederlandse luchtvaartuigen, zorg verlenen aan Nederlandse militairen of militairen van andere krijgsmachten dan die waaraan de buitenlandse militaire beroepsbeoefenaar is verbonden. Het eerste lid van artikel 92 Wet BIG regelt dat de buitenlandse militaire beroepsbeoefenaren die voldoen aan de voorwaarden genoemd in dat lid voorbehouden handelingen mogen verrichten (het verbod van artikel 35 Wet BIG om voorbehouden handelingen te verrichten geldt dan dus niet voor deze beroepsbeoefenaren). Aangezien de klinisch fysicus met de drie werkterreinen algemene klinische fysica, radiologie en nucleaire geneeskunde, en radiotherapie met dit wetsvoorstel de

zelfstandige bevoegdheid krijgt om de voorbehouden handeling met ioniserende straling te verrichten, wordt voorgesteld om de klinisch fysicus met de drie genoemde werkterreinen eveneens toe te voegen aan artikel 92, eerste lid, Wet BIG.

Artikel II

Op grond van artikel 4, tweede lid, van de Wet BIG geldt ervoor degene die niet in het BIG-register ingeschreven staat een verbod om de betrokken titel te voeren. Op dit moment hebben klinisch fysici op grond van artikel 34 Wet BIG een beschermde opleidingstitel. Het vorengenoemd verbod zou voor de thans werkzame klinisch fysici die beschikken over een opleidingstitel betekenen dat, op het moment dat dit wetsvoorstel tot wet is verheven en in werking is getreden, er direct een verbod geldt om de titel klinisch fysicus te voeren. Om te voorkomen dat de bestaande klinisch fysici hun titel na inwerkingtreding van de met dit wetsvoorstel voorgestelde wijziging van de wet, niet meer zouden mogen voeren en om hen enige tijd te gunnen om zich in het BIG-register te kunnen inschrijven, is in het eerste lid van dit artikel voor de groep klinisch fysici die op dit moment al beschikken over een opleidingstitel een overgangsregeling voorgesteld. Die overgangsregeling houdt in dat ten aanzien van degenen die vóór de inwerkingtreding van artikel I, onderdeel B, van deze wet (waarmee de klinisch fysici in artikel 3 van de wet worden opgenomen) overeenkomstig de Wet BIG gerechtigd waren de opleidingstitel van klinisch fysicus te gebruiken, het verbod op het voeren van de titel klinisch fysicus gedurende zes maanden na inwerkingtreding van dat artikel, buiten toepassing blijft. Daarbij geldt bovendien dat ten aanzien van voornoemde personen, indien zij binnen zes maanden na inwerkingtreding van het hiervoor genoemde artikel een aanvraag doen voor inschrijving in het register van klinisch fysicus, het verbod tot het voeren van de desbetreffende titel op hen niet van toepassing is totdat op die aanvraag onherroepelijk is beslist.

In de Wet BIG is het tuchtrecht (artikel 47) gekoppeld aan het recht om een beroepstitel (artikel 3) te voeren. Het tuchtrecht is - vanuit het oogpunt van het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de zorg en het oogpunt van patiëntveiligheid - van toepassing op alle beroepsgroepen die onder artikel 3 Wet BIG vallen. Het ligt daarom in de rede om op degene die in de overgangperiode de beroepstitel mag voeren ook het tuchtrecht van toepassing te laten zijn. Daarom wordt in het voorgestelde tweede lid bepaald dat gedurende de overgangperiode het tuchtrecht van toepassing is op de klinisch fysici. Voor de duidelijkheid wordt hier opgemerkt dat alleen het voeren van de beroepstitel en het tuchtrecht onder dit overgangsrecht vallen. De zelfstandige bevoegdheid om voorbehouden handelingen uit te voeren valt daar niet onder. Dit betekent dat klinisch fysici die (nog) niet zijn ingeschreven in het BIG-register (nog) niet de zelfstandige bevoegdheid hebben om voorbehouden handelingen uit te voeren. Reden hiervan is - naast het feit dat het om risicovolle handelingen gaat - dat dit voor het doel van het overgangsrecht niet noodzakelijk is. Het doel van het overgangsrecht is om te voorkomen dat klinisch fysici hun titel niet mogen voeren direct na inwerkingtreding van de wet en vóórdat op hun aanvraag tot inschrijving is beslist. Voor dit doel is het niet noodzakelijk om in de overgangperiode de zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen toe te kennen.

In het voorgestelde derde lid wordt bepaald dat degenen die vóór de inwerkingtreding van artikel I, onderdeel B, beschikken over een opleidingstitel gedurende zes maanden na de inwerkingtreding van dat artikel, voor de toepassing van andere wettelijke bepalingen

gelijk worden gesteld met degenen die in het register van klinisch fysicus ingeschreven staan. Voorkómen moet worden dat de toepassing van dergelijke bepalingen zou worden belemmerd of bemoeilijkt gedurende de periode dat de betrokkenen wel een aanvraag om inschrijving in het register hebben ingediend, maar daarop nog geen onherroepelijk besluit is genomen.

Artikel III

Omdat het mogelijk is dat niet alle artikelen en onderdelen van dit wetsvoorstel nadat het tot wet verheven is tegelijk in werking kunnen treden, is in dit artikel de mogelijkheid opgenomen om de verschillende artikelen of onderdelen daarvan op verschillende tijdstippen in werking te laten treden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

M. Agema