

De Tweede Kamer der Staten Generaal  
De Vaste Kamercommissie VWS  
Postbus 20018  
2500 EA Den Haag

Utrecht, 15 november 2019

KNMG  
Mercatorlaan 1200  
Postbus 20051 3502 LB Utrecht

088 440 4203  
directiesecretariaat@fed.knmg.nl

**Referentie**

EvW/MVe

Bijlagen 1

**Onderwerp**

Inbreng KNMG voor schriftelijk overleg 21-11 rapport RVS  
'de B van Bekwaam. Een toekomstbestendige Wet BIG'

Geachte leden van de Vaste Kamercommissie VWS,

Op 21 november aanstaande voert u een schriftelijk overleg met de minister voor Medische Zorg over het rapport 'De B van Bekwaam. Een toekomstbestendige Wet BIG' dat de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in opdracht van VWS op 10 oktober 2019 heeft uitgebracht.

De KNMG is van mening dat het vak van arts en specialist veel meer is dan een verzameling van afzonderlijke bekwaamheden en ziet daarmee in het vergezicht dat de RVS schetst, grote risico's voor de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid, toenemende onduidelijkheid voor de patiënt en een enorme administratieve lastenverzwaring.

Deze worden uiteengezet in enkele kritische kanttekeningen bij dit rapport waarbij de KNMG zich beperkt tot haar eigen terrein, de geneeskundige beroepsuitoefening. Door medeondertekening van deze brief door KNMP, KNMT, KNGF en NVGzP maken deze beroepsorganisaties kenbaar dat zij dezelfde kanttekeningen maken voor de farmaceutische, tandheelkundige, fysiotherapeutische en psychologische beroepsuitoefening. Ook Patiëntenfederatie Nederland onderschrijft de kanttekeningen van de KNMG. De minister voor Medische Zorg heeft een soortgelijke brief van de KNMG ontvangen.

De geneeskundige vervolgoopleidingen staan onder regulering en toezicht van twee, bij wet geregelde, KNMG-organen: het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Zij reguleren respectievelijk bewaken de kwaliteit van de opleiding en beroepsuitoefening met een goed werkend systeem van kwaliteitseisen en periodieke (her-)registratie van geneeskundig specialisten. De KNMG is erg verbaasd dat het advies met de voorgestelde richting voorbijgaat aan deze systematiek en deze teniet lijkt te doen.

Hieronder een korte toelichting op de belangrijkste kanttekeningen:

- De KNMG herkent de door de RVS gesignaleerde knelpunten in de huidige Wet BIG. De KNMG ziet echter niet hoe het derde vergezicht, het vervangen van beroepen door portfolio's van bekwaamheden, bijdraagt aan de oplossing daarvan:
  - De RVS stelt terecht vast dat de Wet BIG in kracht inboet door toevoeging van steeds meer beroepen met bevoegdheden in artikel 3. Dit kan volgens de KNMG binnen de huidige wetgeving worden opgelost door de geformuleerde randvoorwaarden en eisen

voor het **toelaten van nieuwe beroepen als artikel-3 beroep, strenger te handhaven**. Een wijziging van de hele beroepenwetgeving zoals voorgesteld is hiervoor niet nodig.

- o Dat de huidige structuur van beroepen en bevoegdheden voor patiënten onvoldoende transparantie biedt, zoals in de analyse wordt gesteld, hangt nauw samen met het toevoegen van nieuwe beroepen en daaraan gekoppelde zelfstandige bevoegdheid voor voorbehouden handelingen. De RVS stelt voor om portfolio's van bekwaamheden te introduceren. Daarmee zal het voor de patiënt juist moeilijker worden de juiste beroepsbeoefenaar te vinden voor de medische vraag omdat **de herkenbaarheid van beroepsprofielen vervalt**. Er zal meer diversiteit tussen zorgprofessionals ontstaan wat betreft kwaliteit en vaardigheden.
- o De KNMG onderschrijft de geschetste verandering van zorgvraag van patiënten in de ( nabije) toekomst en de samenwerking en afstemming die dit vraagt tussen zorgprofessionals voor een kwalitatief goede zorgverlening. Het is echter de vraag of individuele portfolio's van bekwaamheden bijdragen aan **duidelijkheid en inzicht voor zorgprofessionals onderling** over elkaars competenties en verantwoordelijkheden. Er zullen namelijk veel meer verschillen tussen zorgprofessionals ontstaan in het 'profiel' dat zij hebben.
- o De RVS stelt dat de voorgestelde oplossingsrichting bijdraagt aan **flexibiliteit van de inzet van zorgprofessionals**. De KNMG acht deze oplossing niet geschikt, omdat het een risico vormt voor de kwaliteit van zorg (zie hierna). Bovendien is er nu al flexibiliteit: in de huidige opleiding en regulering van specialismen bijvoorbeeld, is het switchen tussen specialismen al mogelijk door verkorte, op maat gemaakte opleidingstrajecten.
- Het voorstel om de beroepenregulering te vervangen door de introductie van een portfolio van bekwaamheden op bepaalde (medische) handelingen, gaat volledig voorbij aan de **samenhang en complexiteit van medische zorg**. Het verzamelen van losse bekwaamheden maakt nog geen in brede zin kundig en kwalitatief goede beroepsbeoefenaar. Onvoldoende kundige en kwalitatief goede beroepsbeoefenaren betekenen een gevaar voor de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. Juist daarom is er voor de opleiding en beroepsuitoefening van geneeskundig specialismen en profielen een goed werkend kwaliteitssysteem. Dat systeem borgt dat specialisten alle benodigde kennis en bekwaamheden hebben om vanuit de noodzakelijke generalistische blik tot een specialistische aanpak te komen.
- De wijze waarop de RVS de uitvoering van dit vergezicht schetst, leidt volgens de KNMG tot **uitvoeringsproblemen** (er zijn onder meer veel assessoren nodig) **en enorme administratieve lasten** voor alle zorgprofessionals die ten koste gaat van de tijd voor de patiënt.

Naast deze kanttekeningen kan de KNMG zich - met uitzondering van de besloten zittingen - goed vinden in de **tuchtrechtvoorstellen** die de RVS doet. Deze punten kunnen wat de KNMG betreft los van het advies verder worden uitgewerkt. Dat geldt ook voor de - voor zover wij weten nog steeds bestaande - in wetsvoorstel BIG II opgenomen plannen van de minister om de herregistratie-eisen voor basisberoepen uit te breiden met deskundigheidsbevordering.

KNMG, KNMP, KNMT, KNGF, NVGzP en Patiëntenfederatie Nederland willen graag met de andere beroepsgroepen en veldpartijen én met de minister voor Medische Zorg in gesprek over hoe de gewenste flexibiliteit en samenwerking in de zorg verder kan worden verbeterd. Zij vraagt u in het Schriftelijk Overleg van 21 november aanstaande vast de volgende vragen onder de aandacht van de minister te brengen.

Kan de minister garanderen dat een goede (vervolg-)opleiding de basis blijft om de kwaliteit van zorgprofessionals en beroepsuitoefening te borgen?

Kan de minister garanderen dat de medische zorg kwalitatief hoogwaardig en voor de patiënt herkenbaar blijft, door het huidige stelsel van (geneeskundige) specialismen uit artikel 14 Wet BIG te behouden?

Is de minister bereid vergelijkend onderzoek te laten doen tussen de huidige situatie en de door de RVS voorgestane, zowel qua haalbaarheid en uitvoerbaarheid, als bij wijze van kosten-batenanalyse en met aandacht voor behoud van kwaliteit van zorg en bescherming van de patiënt?

Gaat de minister zijn intentie om de herregistratie-eisen voor basisberoepen uit te breiden met deskundigheidsbevordering doorzetten?

Is de minister bereid voortaan restrictiever om te gaan met de criteria voor toelating van een beroep tot artikel 3 Wet BIG zonder dat dit tot een verminderde bescherming van de patiënt zal leiden?

Is de minister bereid de door de RVS geschetste verbeteringen op het gebied van het tuchtrecht - met uitzondering van die inzake de beslotenheid van tuchtzittingen - op te pakken?

In de bijlage treft u een nadere toelichting op onze kanttekeningen aan.

Mochten er nog vragen zijn, dan horen we dat graag. Voor meer informatie kunt u contact met ons opnemen via Emily Kraaijenbrink, Adviseur Public Affairs KNMG, telefoon 06 - 23 975 238 , of e-mail [e.kraaijenbrink@fed.knmg.nl](mailto:e.kraaijenbrink@fed.knmg.nl) .

Met vriendelijke groet,

René Héman, arts M&G, bedrijfsarts,  
voorzitter Artsenfederatie KNMG



Gerben Klein Nulent,  
voorzitter KNMP



Wolter G. Brands, tandarts,  
voorzitter KNMT



Guido van Woerkom,  
voorzitter KNGF



Dianda Veldman,  
voorzitter Patiëntenfederatie NL



Rudolf Ponds, klinisch neuropsycholoog,  
voorzitter NVGzP



## **Nadere toelichting op kanttekeningen KNMG<sup>1</sup> bij RVS-rapport 'De B van Bekwaam. Een toekomstbestendige Wet BIG'.**

### **1. Geneeskundige vervolgopleiding is van essentieel belang voor uitvoeren artseneroep**

Het opknippen van het systeem van voorbehouden handelingen en het werken met bekwaamheden doet veel onrecht aan de competenties en complexiteit die binnen elk van de geneeskundige vervolgopleidingen (bij specialismen en profielen) als geheel worden verworven. De suggestie die het rapport wekt, is dat wat artsen doen een kwestie is van enkele bekwaamheden verwerven die je met werken wel leert. Dat is onjuist.

Voorbeeld: als basisarts, kun je niet door middel van enkel het opdoen van bekwaamheden in de praktijk en mogelijk een aangepaste module, verantwoord een chirurgische ingreep als een baarmoederverwijdering indiceren en uitvoeren. Daarvoor heb je een gedegen vervolgopleiding nodig, die breder is dan alleen die ene handeling.

Geneeskundig specialisten zijn in de eerste plaats 'diagnose-steller'. Vanuit een symptoom (bijvoorbeeld buikpijn) is het hun opdracht tot de juiste diagnose te komen. Daarvoor moet een arts eerst generalist zijn en van daaruit worden opgeleid om tot een afbakening van diagnosestelling te komen en uiteindelijk tot een (werk)diagnose. Om pas daarna een behandeling voor te kunnen stellen of te kunnen starten.

Basisartsen zijn daartoe niet nog in staat. De bekwaamheden die zij vervolgens in de geneeskundige vervolgopleidingen leren en onderscheiden, betreffen **samenhangende** bekwaamheden die nodig zijn voor een scala aan bepaalde specialistische behandelingen (bijvoorbeeld operaties) binnen een specialisme, niet voor de breedte van het geneeskundig beroep in het algemeen. Er zijn 33 verschillende geneeskundige specialismen (huisarts, chirurg, internist, cardioloog, kinderarts, bedrijfsarts et cetera) en 13 profielen. Die zijn noodzakelijk, omdat de verschillende deelgebieden door de ontwikkeling van de medische wetenschap een zeer breed terrein bestrijken. De medische zorg wordt in het voorstel van de RVS als te simpel voorgesteld.

Het is al decennia niet meer mogelijk om met een brede basisopleiding tot arts een klinische presentatie op medisch specialistisch niveau te benaderen. In Nederland functioneert dat systeem adequaat en ook beter dan in veel andere Europese landen.

### **2. Door het vastleggen van grote en kleine bekwaamheden in de individuele portfolio's van zorgverleners, zonder sturing op de samenstelling van zo'n portfolio, zal dat leiden problemen:**

#### **a) Voor de patiënt een zeer ingewikkelde situatie om de juiste zorgverlener te vinden**

De KNMG kan zich vinden in de analyse van de knelpunten rond de Wet BIG waarbinnen de huidige zorgvraag steeds complexer wordt, over grenzen van stelsels en domeinen heen reikt en steeds meer *teamwork* vraagt. De Raad schetst daarbij het perspectief van de patiënt die met zijn complexe zorgvragen zoveel mogelijk dezelfde hulpverlener wil benaderen voor zowel zijn generalistische, als zijn specialistische problemen. Nog afgezien van de vraag of de patiënt dat inderdaad wil, ziet de KNMG niet hoe het advies van de Raad bijdraagt aan oplossing van dit mogelijke probleem. Veel nadruk op afzonderlijke bekwaamheden, is niet alleen onrealistisch maar zal het voor de patiënt juist moeilijker maken te kiezen voor een bepaalde bekwaamheid van een zorgverlener.

Als voorbeeld:

---

<sup>1</sup> Door medeondertekening door KNMP, KNMT, KNGF en NVGzP, maken deze beroepsorganisaties kenbaar dat zij dezelfde kanttekeningen maken voor de farmaceutische, tandheelkundige, fysiotherapeutische en psychologische beroepsuitoefening. Ook Patiëntenfederatie Nederland onderschrijft de kanttekeningen van de KNMG.

Je hebt een aandoening waarvoor je een operatie nodig hebt. Daarvoor moet je onder narcose. Dat betekent: 0. Je bent al op zoek geweest naar iemand die bekwaam is om in een bredere differentiaal diagnose de juiste diagnose en indicatie tot operatieve ingreep te stellen. 1. Je moet vervolgens op zoek naar iemand die bekwaam is in het uitvoeren van de betreffende operatie, in plaats dat je kan vertrouwen op een daartoe opgeleide en in de huidige situatie als "chirurg" herkenbare arts en 2. je moet op zoek naar iemand die de narcose kan verrichten en die die bekwaamheid 'toevallig' in zijn portfolio heeft zitten en waar je dan als patiënt moet kunnen vertrouwen op de kwaliteit en veiligheid. En aanvullend, 3. Je moet op zoek naar een systeem (bv een instelling) waar naast de samenwerking en organisatie tussen al deze 'bekwame' dokters ook bekwaam personeel als verpleegkundigen en OK-personeel aanwezig is dat een veilige ingreep en nazorg altijd zijn gegarandeerd.

#### **b) Enorme administratieve lasten en bureaucratie voor de zorgverleners**

De keuze om de Wet BIG om te vormen tot een Wet op de Bekwaamheden in de Gezondheidszorg, wordt niet duidelijk onderbouwd en miskent naar onze mening het belang en de huidige rol van de geneeskundige specialismen in de zorg en de daarvoor benodigde opleidingen. De RVS is ook onduidelijk over de manier waarop bekwaamheden na de basisopleiding kunnen worden aangeleerd. Waar zij (op p. 34 in het rapport) stelt dat die daarna in de praktijk kunnen worden aangeleerd en vervolgens in het portfolio opgenomen, is dat naar onze mening niet alleen onbegrijpelijk maar ook onacceptabel.

Het idee om voortaan bekwaamheid als uitgangspunt te nemen en niet meer een beroep, is op het eerste gezicht best aantrekkelijk. De geschetste voorkeursoplossing is echter zó algemeen van aard, dat het de vraag is wat de meerwaarde er nu precies van is en of die niet juist meer problemen gaat veroorzaken dan oplossen. Het voorkeursmodel suggereert het behalen en vastleggen van een grote variatie aan grote en kleine bekwaamheden, al of niet geclusterd. Zonder sturing op die variatie zal dat tot een enorme administratie en bureaucratie gaan leiden.

#### **c) In praktijk is het onmogelijk toezicht te houden op portfolio's van bekwaamheden**

Het aantal bekwaamheden dat in een eigen portfolio zou moeten worden bijgehouden zal dusdanig groot zijn, dat het daar op loslaten van een systeem van reguliere toetsing, onmogelijk zal zijn. Het zal naar verwachting naast het gestelde onder b) een enorme extra administratieve last gaat veroorzaken.

Een systeem met periodieke digitale toetsen en beoordelingen door assessoren is op voorhand ook geenszins garantie voor daadwerkelijke kwaliteit. Als alle artsen periodiek door een assessor bezocht moeten worden, de RVS suggereert jaarlijks, dan zijn er met circa 70.000 dokters ook heel erg veel assessoren nodig. Die moeten kennis van zaken hebben, dus vakgenoten zijn. Dit systeem zou naar ons idee onuitvoerbaar zijn. Bovendien onttrekt het zorgprofessionals uit de directe patiëntgebonden zorg. Ook dat komt de patiënt niet ten goede .

### **3. Onderbouwing RVS gepresenteerde model ontbreekt**

Het door de RVS gepresenteerde voorkeursmodel zou volgens de RVS de wet BIG toekomstbestendiger kunnen maken, meer flexibiliteit op de arbeidsmarkt kunnen brengen en kunnen bijdragen aan een meer kwalitatieve benadering van bevoegdheid en aan inzichtelijkheid voor patiënt, werkgever en collega's. Dat zijn op zich aantrekkelijke perspectieven maar het pleidooi voor het voorkeursmodel dat uitgaat van bekwaamheden wordt onvoldoende onderbouwd.

Het is ook zeer de vraag of dit werkelijk zoveel meerwaarde zal brengen en niet eerder afbreuk doet dan bijdraagt. Nader onderzoek, een vergelijking met de huidige situatie en een onderzoek naar haalbaarheid en uitvoerbaarheid, als bij wijze van kostenbatenanalyse zijn noodzakelijk. Zo kan het model gemakkelijk tot veel méér reguleringsproblemen en -kosten leiden. Als competenties voor bepaalde – nader in AMvB te

differentiëren – (al of niet voorbehouden) handelingen periodiek moeten worden gemeten en geregistreerd, kan dat juist leiden tot meer starheid en minder inzichtelijkheid voor patiënten en ook gemakkelijk tot minder objectiviteit ten aanzien van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Zo kan, waar iedere zorgprofessional andere bekwaamheden kan hebben, het veel ingewikkelder zijn om de juiste professional op de juiste plek te hebben. Ook zal voor de patiënt minder snel duidelijk zijn wat degene die hij/zij voor zich heeft nu precies wel en niet kan. Het is dan ook noodzakelijk om in het kader van de voorgenomen visieontwikkeling te zijner tijd onderzoek te doen naar de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de keuzes die uiteindelijk gemaakt worden.

### **Beperk toegang nieuwe beroepen tot artikel 3 wet BIG**

De knelpunten die volgens de RVS het gevolg zouden zijn van de systematiek van de wet BIG, vloeien niet allemaal voort uit het wettelijk systeem zelf. Komt het toelaten van steeds meer beroepen tot artikel 3-beroep niet vooral voort uit de manier waarop feitelijk is omgegaan met de criteria daarvoor en dus eerder uit de toepassing van de wet? Het zou vooral de meerwaarde van een beroep moeten zijn en de risico's die gepaard gaan met de uitoefening van dat beroep, die de minister doen besluiten een beroep aan het 'zware regime' van artikel 3 Wet BIG te onderwerpen. Bij de beslissingen die daarin in de afgelopen jaren onder de noemer van het begrip taakherschikking zijn genomen, zoals over de voorschrijfbevoegdheid van gespecialiseerd verpleegkundigen, de zelfstandige bevoegdheden van de physician assistant, klinisch technoloog, bachelor medisch hulpverlener, orthopedagoog-generalist en regieverpleegkundige, kunnen veel vraagtekens worden geplaatst, aldus de RVS. De KNMG kan diezelfde vragen stellen, maar belangrijker is om in de toekomst restrictief om te gaan met de opname van een nieuw artikel-3 beroep.

### **Voer verbeteringen tuchtrecht door**

Over het tuchtrecht sluiten de voorstellen grotendeels aan bij wat de KNMG daarin voorstaat. De voorgestelde vernieuwingen kunnen echter ook zonder het voorkeursmodel van de RVS doorgevoerd worden. Daarbij is pleiten voor besloten zittingen, zoals de RVS doet, juridisch onwenselijk vanwege het in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens neergelegde beginsel van *fair trial*.