

Vergaderjaar 2025–2026

29 282

Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

Nr. 627

BRIEF VAN DE MINISTER VAN LANGDURIGE ZORG, JEUGD EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 april 2026

Ik heb kennisgenomen van de brief van de Nederlandse Vereniging van Anesthesiemedewerkers (NVAM) over de positionering van anesthesiemedewerkers en operatieassistenten in relatie tot het wetsvoorstel inzake de opname van de medisch hulpverlener acute zorg (MHAZ) in artikel 3 van de Wet BIG.

De NVAM vraagt in haar brief aandacht voor de consistentie en gelijkwaardigheid van regulering van medisch ondersteunende beroepen, zoals de anesthesiemedewerker en de operatieassistent en wijst daarbij op een ervaren verschil in behandeling ten opzichte van andere (bestaande) beroepen, zoals de MHAZ. Daarmee stelt zij in feite de vraag of het toetsingskader voor opname in de Wet BIG in alle gevallen op consistente wijze wordt toegepast.

Besluiten over opname in artikel 3 van de Wet BIG komen tot stand door een toets aan vaste criteria. Het eerdere verzoek van de NVAM om het beroep anesthesiemedewerker op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG is beoordeeld door het Zorginstituut Nederland. Verzoeken van beroepsgroepen kunnen voor het kabinet aanleiding zijn om een dergelijke beoordeling te laten uitvoeren, maar vormen geen recht op (her)beoordeling en betekenen niet dat sprake is van een aanvraaggestuurd stelsel. Het Zorginstituut heeft in 2020 negatief geadviseerd en dat advies is destijds door mijn ambtsvoorganger overgenomen. Uw Kamer is hierover geïnformeerd in de kamerbrief van 24 augustus 2020¹, waarin de toenmalig Minister voor Medische Zorg en Sport, mede naar aanleiding van dit advies, gemotiveerd heeft toegelicht waarom opname van anesthesiemedewerkers in artikel 3 van de Wet BIG niet noodzakelijk werd geacht. Deze lijn is vervolgens bevestigd in de kamerbrief van 26 januari

¹ Kamerstukken II 2019/20 29 282, nr. 409.

2021², waarin is gereageerd op de door de NVAM aan uw Kamer aangeboden petitie.

De overwegingen daarbij hadden onder meer betrekking op de context waarin anesthesiemedewerkers werkzaam zijn, de mate van supervisie en de bestaande waarborgen voor kwaliteit en veiligheid, zoals professionele standaarden en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Anesthesiemedewerkers werken in de regel binnen een medisch specialistisch team, onder toezicht en verantwoordelijkheid van een anesthesioloog, vaak in een gecontroleerde, planbare operatieve setting. De patiëntveiligheid wordt in dat geval ook geborgd via andere instrumenten, zoals professionele richtlijnen, protocollen binnen de operatieve zorg en de Wkkgz.

In aanvulling op de hierboven genoemde correspondentie is uw Kamer in de kamerbrief van 25 februari 2022³ inzake de Bachelor Medische Hulpverlening (BMH) – de voorloper van de MHAZ – geïnformeerd over de positionering van BMH'er met de differentiatie anesthesie. Daarbij is toegelicht dat binnen de anesthesiesetting sprake is van planbare zorg, waarbij een anesthesioloog beschikbaar is voor toezicht en tussenkomst. Tegen die achtergrond is ook voor de BMH met de differentiatie anesthesie geconcludeerd dat geen aanleiding bestaat voor opname in artikel 3 van de Wet BIG, in lijn met de eerdere beoordeling van het beroep anesthesiemedewerker. De opleiding BMH is doorontwikkeld tot de opleiding MHAZ die die voor de hele breedte van de acute zorg opleidt. De opleiding kent sinds 2021 geen differentiaties meer en zijn daarmee ontwikkeld tot één algemene opleiding die voor alle MHAZ'ers hetzelfde is.

Deze eerdere beleidsreacties benadrukken dat de beoordeling van de noodzaak tot wettelijke regulering voor deze beroepsgroepen consistent heeft plaatsgevonden binnen het geldende toetsingskader, en dat de context van de beroepsuitoefening daarbij steeds bepalend is geweest.

De situatie van de MHAZ wijkt af van die van de anesthesiemedewerker. De MHAZ is inzetbaar in de volle breedte van de acute, vaak levensbedreigende zorg en verricht nu voorbehouden handelingen in opdracht en onder toezicht en zo nodig tussenkomst van een arts en zal straks indien het wetsvoorstel wordt aanvaard de voorbehouden handelingen op basis van functionele zelfstandigheid verrichten. Functionele zelfstandigheid betekent dat de MHAZ deze voorbehouden handelingen in opdracht van een zelfstandig bevoegde BIG beroepsbeoefenaar, doorgaans een arts, uitoefent zonder dat daarbij toezicht en tussenkomst vereist zijn. In de acute, levensbedreigende zorg is een zelfstandig bevoegde BIG beroepsbeoefenaar niet altijd fysiek aanwezig. Dit verschil in zorgcontext en wijze van beroepsuitoefening leidt tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van het verzoek van de NVAM aan uw commissie om een geactualiseerde toets of herbeoordeling uit te voeren ga ik hieronder in op de vijf door de NVAM in haar brief benoemde punten.

1. Gezamenlijke behandeling MHAZ en NVAM-casus

Iedere beoordeling van een aanvraag van een beroepsgroep om opgenomen te worden in het BIG-register vindt zelfstandig plaats, op basis van de bestaande criteria en de feitelijke beroepsuitoefening. Ook de opname van de MHAZ in artikel 3 van de Wet BIG is op de eigen merites

² Kamerstukken II 2020/21 29 282, nr. 430.

³ Kamerstukken II 2025/26, 29 282, nr. 615.

beoordeeld binnen de eigen context, waarbij de aard van de werkzaamheden, de risico's voor de patiëntveiligheid, de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening en de noodzaak van wettelijke regulering leidend zijn.

2. Geactualiseerde gelijkwaardigheidstoets

Beoordeling van opname in artikel 3 van de Wet BIG vindt plaats binnen het bestaande kader, waarbij de centrale vraag is of publiekrechtelijke regulering noodzakelijk is ter bescherming van de patiëntveiligheid en ter bevordering van de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening.

3. Gelijke of passende regulering op basis van risicoprofiel

Uitgangspunt van de Wet BIG is proportionele regulering: beroepen worden gereguleerd wanneer dat noodzakelijk is voor de borging van patiëntveiligheid of kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening.

Het uitgangspunt is de vraag of wettelijke regulering noodzakelijk is, ter bescherming van de patiëntveiligheid en ter bevordering van de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening. De beoordeling is steeds context specifiek en inhoudelijk.

4. Onderbrengen van beroepen onder bestaande erkende beroepen

De Wet BIG kent een stelsel van zelfstandig geregelde beroepen met een eigen deskundigheidsgebied en opleidingsstructuur. Het «onderbrengen» van beroepsgroepen als functie binnen een ander erkend beroep is geen reguleringsinstrument binnen de Wet BIG-systeem. In de praktijk kan wel sprake zijn van taakdifferentiatie en samenwerking binnen en tussen beroepen, maar dit verandert niet de wettelijke beroepenstructuur.

5. Betrekken van het advies van de Gezondheidsraad

Het kabinet onderschrijft dat het advies van de Gezondheidsraad relevant is bij de doorontwikkeling van het toetsingskader voor de Wet BIG en dat dit advies wordt betrokken bij beleidsontwikkeling. De Gezondheidsraad benadrukt een terughoudende benadering bij het toekennen van zelfstandige bevoegdheden voor voorbehouden handelingen («nee, tenzij»-principe), waarbij steeds moet worden beoordeeld of wettelijke regulering noodzakelijk is ter bescherming van de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening.

Dit sluit aan bij het bestaande wettelijke stelsel van de Wet BIG, waarin opname in artikel 3 en het toekennen van (zelfstandige) bevoegdheden niet automatisch volgt uit de aanwezigheid van risicovolle handelingen, maar uit de noodzaak van aanvullende wettelijke waarborgen voor de patiëntveiligheid en de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening. Het advies bevestigt daarmee het uitgangspunt van de Wet BIG dat terughoudend moet worden omgegaan met regulering in het algemeen, en het toekennen van (zelfstandige) bevoegdheden in het bijzonder.

Tot slot

Gelet op het voorgaande concludeer ik dat het wettelijke kader van de Wet BIG in dit geval op consistente wijze is toegepast. Daarbij zie ik, in het licht van de patiëntveiligheid dan wel de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening, geen aanleiding om te komen tot wettelijke regulering van anesthesiemedewerkers.

Onnodige regulering kan leiden tot extra administratieve lasten, beperkingen in de inzetbaarheid van zorgprofessionals en hogere kosten.

De Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport,
W.R.C. Sterk