

ARTS MOET UREN MAKEN IN INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG

Basisartsen opgepast: BIG-herregistratie komt eraan

Over krap anderhalf jaar zullen basisartsen hun inschrijving in het BIG-register verliezen, als zij niet voldoen aan de eisen die de minister stelt aan herregistratie. Over die eisen wordt nog altijd overleg gevoerd.

Vroeger werd je arts na het behalen van het artsexamen. Tegenwoordig pas na inschrijving in het BIG-register. Dat register moet voor iedereen duidelijk maken welke bevoegdheden zorgverleners hebben. Zo kan een patiënt controleren of de persoon die tegenover hem zit daadwerkelijk dokter – of tandarts, of verpleegkundige en ga zo maar door – is. Maar wat zegt zo'n registratie als die levenslang geldt? Voor specialisten is het de normaalste zaak van de wereld dat ze elke vijf jaar aantonen dat ze nog aan bepaalde eisen voldoen om hun registratie te behouden. Voor basisartsen is dat inmiddels ook een feit: vanaf 1 januari 2012 is het wettelijk verplicht om elke vijf jaar te herregistreren. Vanaf januari 2017 gaan dokters dat pas merken: dan komt de eerste ronde herregistraties eraan. Dan zullen dus ook de eerste artsen hun registratie gaan verliezen. Voor herregistratie in het BIG-register is de belangrijkste eis: voldoende werkzaam zijn in de individuele gezondheidszorg. Artsen die in een specialistenregister staan ingeschreven, worden automatisch in het BIG-register geherregistreerd.

De rest – basisartsen en profielartsen – zal moeten aantonen dat ze de afgelopen vijf jaren 2080 uur (dat is gemiddeld 8 uur per week) gewerkt hebben, niet langer dan twee jaar onderbroken, in de individuele gezondheidszorg. Je zou denken dat vanaf 2012 al vastligt wat dat werk in de individuele gezondheidszorg precies inhoudt. Maar dat is niet het geval, valt te lezen op de site van het BIG-register (8 juli 2015): 'Werkervaring mag u alleen meetellen als het aan de eisen voldoet zoals beschreven in het algemeen beoordelingskader (PDF 532kB) en het beroepsspecifieke beoordelingskader (binnenkort beschikbaar).'

Steggelen

Vanaf het eerste moment dat de mogelijkheid van herregistratie ter sprake kwam riep het weerstand op, zegt KNMG-jurist Diederik van Meersbergen. Hij is namens de KNMG veelvuldig in gesprek met het ministerie van VWS over dit onderwerp. 'Herregistratie heeft altijd al in de Wet BIG gestaan, maar dat specifieke artikel trad alleen tot voor kort niet in werking. Voor fysiotherapeuten, verlos- en verpleegkundigen gebeurde dat in 2009 al,

en de rest volgde vanaf 2012. Van begin af aan heeft de KNMG ertegen geprotesteerd. Het is begrijpelijk dat de minister bepaalde handelingen – laten we voor het gemak zeggen 'aan een patiënt komen' – wil voorbehouden aan mensen die dat kunnen. Het is logisch dat je dat als overheid bijhoudt, en dat je regelmatig controleert of de geregistreerden nog steeds competent zijn. Zo kun je patiënten tegen ondeskundig handelen beschermen. Maar wij zeggen: het vak arts is breder dan werkzaam zijn met patiënten. Dat zie je terug in de enorme verscheidenheid aan beroepen waarin artsen uiteindelijk komen te werken. Een deel van hen heeft nooit direct contact met een patiënt, maar het is wel degelijk van belang dat zij als arts zijn opgeleid. Zij zouden zich op grond van hun werkzaamheden moeten kunnen herregistreren. Daar steggelen we nu al jaren over: wat voor werk telt mee om aan die wettelijke norm van voldoende gewerkte uren te voldoen. Met als gevolg dat het nog steeds niet is afgerond. Dat had allang gemoeten, want over anderhalf jaar krijgen we de eerste herregistratie.' Het besluit of een arts voor

'Vanaf het eerste moment riep herregistratie weerstand op'



Patiëntencontact is een vereiste voor herregistratie.

geen controle op, dat geldt wel voor de specialistenregisters. Daar is een praktische oplossing voor gevonden: profielartsen moeten zich wel herregistreren als basisarts, maar het bewijs van inschrijving in het profielregister is dan voldoende ter onderbouwing. Dat hoeft je niet apart nog eens te doen.'

De grootste klappen zouden vallen bij de basisartsen zonder andere registratie. Van Meersbergen: 'Zoals artsen die zich met preventie bezighouden, bijvoorbeeld bij een GGD. Dat valt niet direct aan een individu te koppelen, valt daardoor strikt genomen niet onder de noemer van individuele gezondheidszorg. Wij zeggen: dat heeft zo'n sterk verband met de patiëntenzorg, dat moet ook meetellen. Daar lijkt nu wel begrip voor te zijn.' Dan was er nog een kwestie: er zijn artsen die zich wel met patiënten bezighouden, maar waarbij het de vraag was of hun werk nog wel een gezondheidskundig doel had.

Welk probleem wordt hier eigenlijk mee opgelost?

herregistratie in aanmerking komt hangt immers af van werkervaring en scholing gedurende de afgelopen vijf jaar. Dat kun je in anderhalf jaar niet goed compenseren, mocht dat te weinig zijn. Begin dit jaar stuurde de KNMG daarom een brief aan de minister met het verzoek de regeling uit te stellen. Of dat uitstel er komt, is nog steeds niet duidelijk. De KNMG zit samen met de KAMG en de LAD met enige regelmaat om de tafel met het ministerie om uit te werken wat die werkervaring kan en moet inhouden. Van Meersbergen: 'Met resultaat. Het zag er voor veel dokters slecht uit, maar we hebben heel veel vooruitgang geboekt in

de overleggen met VWS. Het zal nooit honderd procent zijn zoals wij dat willen, maar wel een stuk beter dan het eerst leek. Een definitief document is er echter nog niet, maar ik heb er alle vertrouwen in dat dit er snel komt.'

Dat is bijvoorbeeld het geval voor profielartsen. Specialisten worden automatisch geherregistreerd, maar voor profielartsen geldt dat niet. De minister vond dat zij zich in beide systemen, het BIG-register en de profielregistratie, periodiek zouden moeten verantwoorden. Van Meersbergen: 'Onlogisch, wat ons betreft. Maar de profielregisters zijn private registers, de minister heeft daar

Van Meersbergen: 'Bijvoorbeeld een arts die achteraf letselschade beoordeelt, is dat nog wel zorg? De minister vond van niet, daardoor zouden heel veel medisch adviseurs uit het register vallen. Maar zo'n beoordeling kun je alleen doen met je medische kennis en vaardigheden, het maakt daarbij niet uit wat het doel van dat oordeel is. Ook daar is nu begrip voor. Maar, het moet wel over individuele gevallen gaan. Er blijft een groep voor wie het lastig zal zijn om te herregistreren, artsen die zich alleen met bijvoorbeeld beleid, zorginkoop of het opstellen van richtlijnen en indicatoren bezighouden. Die moeten nadenken of ze dit kunnen

RUIMTE EN RUST

De Nederlandse Zorgautoriteit kondigde aan dat ziekenhuizen ruimte en rust krijgen. De ruimte bestaat uit een daling van de gereguleerde tarieven met gemiddeld 3 procent, plus de mogelijkheid om de maximumtarieven met 10 procent te overschrijden als zorgverzekeraar en ziekenhuis daar goede redenen voor zien. Ik vind het een creatief bedenkensel en ben benieuwd of het laatste ooit toegepast gaat worden. De rust, waar onze autoriteit over spreekt, bestaat uit het voorstellen weinig te sleutelen aan de productstructuur van 2016. Dat is nieuw. Want tot nog toe wijzigde de dbc-structuur ieder jaar. Zo werd dit jaar de doorlooptijd van DOT's verkort tot maximaal 120 dagen (geheel in strijd met de filosofie om 'complete treatment cycles' te bekostigen), kregen we vorig jaar integrale tarieven (wel een goed idee), kort daarvoor de overgang van dbc naar DOT, en ieder jaar verschuivingen van gereguleerde naar vrije producten en soms weer terug. In 2016 krijgen we dus rust. Maar niet heus. Want de productstructuur van de acute zorg gaat op de schop. Om de logica voor de consument te vergroten – wat met DOT's nooit gaat lukken. Het gevolg is dat er wederom spanning staat op de contractering tussen ziekenhuizen en verzekeraars. Immers, iedere keer als het spel verandert verdwijnt er een kans om ervaring op te bouwen en vertrouwen in elkaar te krijgen. Soms mag ik aanschuiven bij de commissie Cure van de NZa. Ik roep dan wel eens iets als in een woestijn. Niets ten kwade van de medewerkers van onze marktmeester – er zit veel talent en betrokkenheid – maar ach, wat zou het rust geven als ze verplichte stages deden om de praktijk van de regelgeving zelf te ervaren!

Hugo Keuzenkamp

combineren met één dag per week op de een of andere manier individuele patiëntenzorg, om hun artsentitel te behouden.'

Specialisten

Nu kun je bij sommige specialisten óók de vraag stellen of zij zich bezighouden met individuele patiëntenzorg. Denk bijvoorbeeld aan de sociaal geneeskundigen. Moeten zij zich zorgen maken? Van Meersbergen: 'Zolang zij hun specialistenregistratie behouden niet.' Daarom viel het conceptbesluit over nieuwe herregistratie van specialisten, dat het College Geneeskundige Specialismen (CGS) dit voorjaar het land in stuurde, bij sommigen niet in goede aarde. Vanaf 2019 zullen namelijk nieuwe eisen worden gesteld, zoals deelnemen aan kwaliteitsevaluaties van het eigen individuele functioneren. Mike Rozijn (CGS): 'Maar er staat ook in dat specialisten gemiddeld zestien uur per week werkzaam moeten zijn geweest op hun eigen vakgebied, waarvan acht uur in de individuele gezondheidszorg. Die bepaling hangt samen met de eis die wordt gesteld aan dokters voor de basis-registratie.' Toen het conceptbesluit de adviesronde in ging, leverde dat nogal wat commentaar op, vertelt Rozijn: 'Vooral van de kant van de sociaal geneeskundigen. Hun werk draait niet altijd om een individuele patiënt. Het CGS is dan ook van plan om die bepaling weer uit de tekst te halen. Begin september hoopt het CGS het besluit te kunnen vaststellen.' De minister moet dan nog wel instemmen met dat besluit.

Nog een pijnpunt: de arts-onderzoekers, waaronder promovendi. Sommige van hen zullen niet met individuele patiënten bezig zijn, maar met basaal onderzoek. Van Meersbergen: 'Als een onderzoeker niet-klinisch, niet-individueel onderzoek doet, telt dat niet mee als werkervaring voor het BIG-register. Vervelend als je promoveert om daarmee in opleiding te komen. Dat is deels opgelost: zodra je in opleiding komt, hoef je geen aparte scholing meer te volgen, dan ben je automatisch geregistreerd in het BIG-register. Maar voor degenen die dat niet direct

lukt na hun promotie, is het een probleem: ze zouden immers ook niet als artsen aan de slag mogen. Daar zijn we nog niet uit.'

Weinig kans

Dan blijft de vraag: welk probleem wordt er eigenlijk mee opgelost als artsen hun registratie verliezen? Je mag toch aannemen dat artsen die al lange tijd niet meer in de kliniek werkzaam zijn, zich ervan bewust zijn dat ze niet zomaar aan de slag kunnen, met hun verouderde kennis en gebrek aan recente klinische ervaring. Dat als ze aan de slag gaan, ze dat onder supervisie en met enige bijscholing zouden doen. Zijn er zoveel gevallen bekend waarin dit is misgegaan? Van Meersbergen: 'Ik ken ze niet. Wij zijn als beroepsgroep ook niet blij dat er een heel bureaucratisch circus wordt opgetakeld, dat artsen ook nog eens zelf moeten betalen. Zo'n 65 euro per herregistratie voor de basis- en profielartsen, en 20 euro voor de specialist. Je kunt tegen het systeem zijn, maar dat is wel een gepasseerd station. Nu gaat het erom om het zo goed mogelijk te krijgen.'

Artsen bij wie de registratie verloopt, kunnen via scholing alsnog weer in het BIG-register worden opgenomen. Opnieuw een blik op de site van het BIG-register: het ministerie is er over in gesprek met de NFU, maar 'hoe de scholing er precies uit zal zien en wat de kosten zullen zijn is op dit moment niet bekend'.

Schrale troost: als de registratie vervalt, mag de ongelukkige zich daarna 'arts niet-praktiserend' noemen. Van Meersbergen: 'Dat lijkt misschien flauw, maar wij zijn blij dat die mogelijkheid er – na intensief overleg – gekomen is. Ook voor alle gepensioneerde artsen die niet voor niets zeggen: "Ik heb mijn artsexamen behaald, het is niet terecht dat ik mijn titel verlies." Dat doen ze dan ook niet helemaal.' ■

web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.