



vereniging van huisartsen

Programma Domus Medica vzw

goedgekeurd door de AV van 13.05.2006

goedgekeurd door de AV van 02.09.2006: punten 5, 6 en 10

De Domus Medica vzw behartigt de belangen van de huisartsen en de huisartsenkringen in Vlaanderen op wetenschappelijk, maatschappelijk en syndicaal vlak via democratische besluitvorming en wetenschappelijke onderbouw en bevordert de ontwikkeling en realisatie van een goede patiëntgerichte gezondheidszorg en zorgbeleid.

Onverkort en in uitvoering van de missietekst stelde de AV daarom een programma samen. Dit programma wordt permanent aangepast en geüpdate in functie van teksten en adviezen uit de afdelingen en commissies, evoluties op het terrein en beslissingen van de algemene vergadering van de Domus Medica.

1 AFSPRAKEN MET DE OVERHEID

INLEIDENDE PRINCIPES

- 1.1** De huisartsen wensen een wederzijds engagement met de overheid aan te gaan dat een globaal project moet omvatten. Dit project gaat verder dan tot de volgende conventie. Het omvat de verschillende aspecten, waar wij als huisartsen, in naam van onze samenleving, een verantwoordelijkheid kunnen opnemen en het stipuleert wat wij willen dat hier tegenover staat.
- 1.2** De conventie is daarbij een kortlopende verbintenis die congruent moet zijn met dit langdurig engagement. Daarom is ook het onderhandelen van de conventie een opdracht van de huisartsenvertegenwoordigers. Deze kunnen zich echter maar in zover engageren dat de conventie maar is goedgekeurd nadat ze is voorgelegd aan de leden.
- 1.3** Bovendien is de AV van oordeel dat moet overwogen worden het huidige systeem om te buigen tot een "positieve conventie". Een omkering van het systeem, waarbij de huisarts zelf aangeeft of hij/zij de conventie al dan niet aanvaardt, zal cijfers leveren die ons juister informeren over het aantal echte huisartsen. Meteen kan ook de uitbetaling van de sociale voordelen, gekoppeld aan conventies, een flink stuk vervroegd worden.

(Het gevolg van het huidige systeem is immers dat de conventiecijfers vervalst worden door een steeds groter wordende groep van algemene geneeskundigen zonder huisartsenpraktijk.) (Ter info: voor het jaar 2003 zijn er 8.996 artsen bekend bij het RIZIV zonder uitgavenprofiel. Bovendien vroegen in 2004 752 algemeen geneeskundigen zonder uitgavenprofiel een "sociaal statuut" aan dat nochtans bedoeld is als compensatie voor wie bereid is aan conventietarieven te werken.)

1.1 Lange termijn project

SAMENGEVAT

De huisarts dient de belangrijkste toegangspoort tot de gezondheidszorg te zijn en te blijven.

De huisartsen leveren reeds jaren inspanningen om hun werkwijze op wetenschappelijk verantwoorde wijze te ondersteunen. Ze willen deze inspanningen ook in de toekomst kunnen voortzetten. De huisartsen willen een kwaliteitsvolle zorg blijven leveren en ze werken op wetenschappelijk onderbouwde en verantwoorde wijze.

De huisarts verschaft aan de bevolking de continuïteit van een kwaliteitsvolle eerstelijnszorg, dag en nacht, op weekends en tijdens feestdagen.

De huisarts is geen enkeling meer. Het eerste samenwerkingsverband waarop hij/zij terugvalt is de huisartsenkring. De huisartsenkring is de spil voor onze dienst aan de bevolking en kan ook actief zijn op verschillende organisatieniveau's.

De individuele huisarts zelf kan zich via verschillende organisatie- en samenwerkingsvormen organiseren, voor deze verschillende praktijkvormen, netwerken en samenwerkingsverbanden is meer ondersteuning nodig.

Huisartsen zijn ook bereid om mee te werken aan het beheersen van de kosten in de gezondheidszorg. Ze wijzen er echter op dat de explosieve kostenstijging in de gezondheidszorg een gevolg is van de keuze die het beleid tot nu toe maakte om gezondheidszorg vanuit een "hospitaaldenken" te organiseren.

Om dit te realiseren zijn een aantal randvoorwaarden onvermijdelijk:

- *erkenning van huisartsen is een noodzaak: de uitvoering van het KB hierover dient onverwijld te starten*
- *erkenning van huisartsenpraktijken is een noodzaak. (opmaken kadaster)*
- *erkenning en financiering van samenwerkingsverbanden is dringend noodzakelijk*
- *erkenning en beter vergoeden van huisartsenkringen is een noodzaak.*
- *erkenning van huisartsensyndicalisme is een noodzaak.*

Hieronder reeds een verdere uitwerking van een aantal punten uit dit lange termijnproject

1.1.1 Onze positie als huisarts: de huisarts regelt nog altijd per definitie de instroom in de gezondheidszorg.

Huisartsen vragen reeds jaren dat patiënten op alle mogelijke manieren positief gestimuleerd worden om hen als eerste aanspreekpunt te gebruiken. Naast deze taak als ingangspoort heeft de huisarts ook een essentiële rol in de realisatie van de continuïteit en de integratie van de aangeboden zorg aan de patiënt, volgens de principes van continuïteit en subsidiariteit. Deze taken zijn met elkaar verbonden en hen geïntegreerd samen aanbieden versterkt de kwaliteit van de geboden zorg.

Ook in de preventieve zorg is de huisarts het eerste aanspreekpunt.

In zijn plan “2006-2007” geeft onze minister hiertoe een eerste aanzet: de differentiële terugbetaling na verwijzing is een goede stap. Wij zijn dan ook vragende partij om dit samen met de minister verder uit te werken.

Om de instroom te regelen verwijzen we naar de Europese definitie van de huisartsgeneeskunde (WONCA 2002) die de specifieke kenmerken van de discipline huisartsgeneeskunde beschrijft.

- a) De huisartsgeneeskunde is normaliter het eerste medische aanspreekpunt binnen het gezondheidszorgsysteem met een vrije en onbegrensde toegang voor haar gebruikers en biedt een eerste opvang voor alle gezondheidsproblemen ongeacht leeftijd, sekse of enig andere eigenschap van de persoon in kwestie.
- b) Zij stimuleert efficiënt gebruik van de financiële middelen voor de gezondheidszorg door de zorg te coördineren, door met de andere professionals in de eerste lijn samen te werken, door in de relatie met andere specialismen een spilfunctie te vervullen en daarbij, waar nodig, de rol van vertrouwenspersoon voor de patiënt op zich te nemen.
- c) Zij hanteert een persoonsgerichte benadering, gericht op het individu, zijn/haar familie en de leefomgeving.
Huisartsgeneeskunde is een academische en wetenschappelijke discipline met een eigen onderwijsinhoud, onderzoek, ‘evidence base’ en klinische activiteit. Zij is een klinisch specialisme gericht op eerstelijnszorg.
- d) Zij maakt gebruik van een unieke consultvoering, gericht op de opbouw van een langdurige relatie dankzij een effectieve arts-patiëntcommunicatie.
- e) Zij garandeert continuïteit van zorg gedurende de gehele levensloop, aansluitend bij de behoeften van de patiënt.
- f) Zij past eigen besliskundige procedures toe op geleide van prevalentie en incidentie van ziekten in de bevolking.
- g) Zij pakt zowel acute als chronische gezondheidsproblemen aan van individuele patiënten.
- h) Zij behandelt aandoeningen die zich op een ongedifferentieerde manier in een vroeg stadium van hun ontwikkeling presenteren en die directe interventie kunnen vereisen.
- i) Zij bevordert gezondheid en welzijn door zowel adequate als effectieve interventies.
- j) Zij heeft een specifieke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de gemeenschap.
- k) Zij benadert gezondheidsproblemen met al hun fysieke, psychische, sociale en culturele dimensies, inclusief de manier waarop mensen zin geven aan leven, ziekte en overlijden.

1.1.2 Een streven naar samenwerking (netwerken en groepspraktijken) door overleg en respect voor ieders situatie en mening.
Dit dient dringend door de overheid te worden opgenomen: hierbij zijn ons inziens twee principes belangrijk:

Een eerste principe is dat de stimuli open staan voor alle huisartsen en er geen discriminatie gebeurt op basis van het soort praktijk waarin de huisarts werkt.

Indien we samenwerking willen ondersteunen en stimuleren, dan zullen we in de eerste plaats “katalysatoren” moeten vinden om bestaande praktijken te ondersteunen in hun zoektocht naar meer onderlinge samenwerking. Een echt stappenplan dringt zich op. De realisatie en uitwerking van zo’n stappenplan is een tweede principe.

1.1.3 De besparingen moeten kunnen geïnvesteerd worden in het beroep.

Huisartsen zijn ook bereid om mee te werken aan het beheersen van de kosten in de gezondheidszorg. We wijzen er echter op dat de explosieve kostenstijging in de gezondheidszorg een gevolg is van de keuze die het beleid tot nu toe maakte om gezondheidszorg vanuit een “hospitaaldenken” te organiseren.

We stellen hier als belangrijke voorwaarde dat besparingen die gerealiseerd worden door de huisartsen ook terug geïnvesteerd worden in de huisartsgeneeskunde.

2 SOLIDARITEIT EN FINANCIERING VAN DE HUISARTSENZORG

Voor ons artsen is het een opdracht om alle patiënten de best mogelijke zorg aan te bieden. We moeten dit doen ongeacht de status van de patiënt. Kleur, religie, overtuiging, financiële draagkracht: het zijn allemaal “patiënteneigenschappen” die wezenlijk geen invloed mogen hebben op de kwaliteit van de zorg.

Voor ons artsen is het echter een recht dat we ook daarom billijk vergoed worden voor de geleverde inspanning.

Wanneer nu blijkt dat die billijke vergoeding een te zware last wordt voor de zwakkeren in onze maatschappij (voor sommige zaken zelfs voor eender welke individuele patiënt) dan is het de opdracht van de overheid om te waken dat solidariteitsmechanismen hier een correct antwoord op geven.

Het is dus in de eerste plaats de taak van de overheid om te zorgen dat persoonlijke bijdragen (remgelden) redelijk blijven – eventueel voor bepaalde categorieën minimaal of onbestaande worden...

Bovendien vragen artsen dat ook hun eigen sociale bescherming door die solidariteit mee gedragen wordt.

- 2.1** Een solidair gedragen gezondheidszorg is essentieel en de basis van ons zorgsysteem. Een perfect systeem bestaat waarschijnlijk niet, maar een aantal noodzakelijke keuzes maken en de nodige maatregelen nemen om het doel zo dicht mogelijk te benaderen kan nu reeds. Een eerste maatregel die hiertoe kan bijdragen is de versterking van de huisarts-patiëntrelatie als essentiële bouwsteen voor een kwalitatief hoogstaande zorg.
- 2.2** Ook verdere aanpassing van de financieringssystemen in de gezondheidszorg kunnen bijdragen tot ondersteunen van de solidariteit. Huisartsen vragen een gemengde financiering (de financiering op basis van de drie P's¹ prestatie, patiënt, praktijk). Een verder uitbouw van de tweede pijler en een eerste aanzet tot de financiering van de derde pijler is nu dringend nodig. We waarschuwen echter dat de drie P's niet als communicerende vaten mogen beschouwd worden. We wijzen ook op de argwaan die de huisarts heeft over de correcte uitvoering van de betaling van forfaits: dus geen forfait zonder duidelijke afspraak over termijn van betaling – dus ook geen forfait zonder duidelijke afspraken over verwijlinteressen.

¹ P1: betalingen per prestatie (de klassieke nomenclatuur);
P2: betaling per patiënt (de vergoeding voor het GMD);
P3: betaling per praktijk (deze pijler is momenteel nog niet echt uitgebouwd. Sommigen beschouwen het accrediteringsforfait ten onrechte als een vergoeding voor de praktijk.)

2.3 De verantwoordelijkheid van de patiënt

Ook de patiënten dragen een verantwoordelijkheid voor de leefbaarheid van het systeem. Bij chronische aandoeningen is de inbreng van de patiënt groot en vaak doorslaggevend. En tegelijk is de rol van huisarts en eerste lijn daar vaak ondergewaardeerd.

- Het beter terugbetalen van bepaalde specialistische zorgen bij verwijzing.
- Het GMD (oa door vereenvoudiging van de procedure) realiseren bij de ganse bevolking.
- Een verschil in terugbetaling van zorgen op elk echelon indien de patiënt een GMD-houdende huisarts heeft.
- Het (ook financieel) ontraden van de dienst spoedgevallen en investeren in de huisartsenwachtdiensten als alternatief.
- Systeem van derde betaler vereenvoudigen en vlotter toegankelijker maken voor de huisarts.

2.4 Een betere sociale bescherming van de huisarts

Ook “sociale bescherming van de huisarts” is een essentieel aspect van een solidair systeem.

De huisarts heeft recht op een sociaal leven, een sociale bescherming en een financiële vergoeding eigen aan de academische graad die hij of zij behaald heeft en aan de prestaties die hij of zij voor de gemeenschap levert.

Het sociaal statuut zoals nu via de conventie is een eerste stap.

Daarnaast moet sociale bescherming evenwaardig aan die van arbeiders, bedienden en ambtenaren gerealiseerd worden, ongeacht de conventiestatus van de huisarts. Voor bijkomende taken en werken opgelegd aan de huisarts moet de overheid een bijkomende vergoeding voorzien en voor een aanvullende sociale bescherming zorgen.

Bovendien eisen we de realisatie van de mensualisering van de sociale bijdragen voor alle zelfstandigen en vrije beroepen, zoals die eerder beloofd was.

3 NOMENCLATUUR

- Herijken van bestaande nomenclatuurnummers met schrapping van obsoleete nummers.
- Nieuwe technieken en intellectuele prestaties sneller realiseren na EBM bewijsvoering.
- Hiervoor geen individuele certificaten invoeren, doch wel vorming voorzien.
- Opleiding tot toepassen van nomenclatuurnummers moet gehomologeerd of gelabeld worden door wetenschappelijke instellingen. (o.a. ook Domus Medica).
- Vergoeding voor taken met specifieke huisartsencompetentie. (2de consult euthanasie, counseling, psychotherapeutische begeleiding...)
- Bijkomende vergoeding voorzien voor complexe attesten, formulieren,...
- Accrediteringstoelage ook voor huisbezoeken als integrale en specifieke intellectuele taak van de huisarts toekennen.

4 G L O B A A L M E D I S C H D O S S I E R

- De automatische verlenging van het GMD van de patiënt moet de regel zijn.
- Betaling in het eerste kwartaal van het jaar is hier conditio sine qua non.
- De mogelijkheid om manueel te verlengen moet blijven bestaan.
- Ons streefdoel is een band met een vaste erkende huisartsenpraktijk voor elke patiënt.
- De voordelen voor de patiënt moeten toegekend worden volgens huisartsenpraktijk of huisartsensamenwerkingsverband.
- GMD moet ook voor palliatieve patiënten gehandhaafd blijven en vergoed.

5 A C C R E D I T E R I N G

Domus Medica beklemtoont de noodzaak om van de accreditering meer te maken dan een beloningssysteem op basis van aanwezigheidsattesten, waarbij er weinig garantie is op de kwaliteit van de (na)vorming die gevolgd wordt, en weinig zicht op de impact ervan op de kwaliteit van de patiëntenzorg.

Er is nood aan vernieuwing van de huidige accreditering. (we verwijzen naar documenten met analyse en verbeterscenario's opgesteld door de voormalige Vlaamse Kwaliteitscel). Het is aangewezen de accreditering af te stemmen op de Europese beweging inzake navorming en kwaliteitsbevordering. We verwijzen naar het document "Continuing Professional Development in Primary Health Care, Quality Development integrated with Continuing Medical Education", anno 2002, opgemaakt in een samenwerking tussen Equip en Euract. (document in bijlage bijgevoegd).

De accreditering(svergoeding), zeker in een systeem van leerplannen en leertraject, dient gebaseerd op een tussentijdse evaluatie, volgens een transparante procedure en valide criteria.

Artsen die investeren in kwaliteitszorg moeten kunnen beloond worden.

Bijvoorbeeld dient de mogelijkheid voorzien om als huisarts te participeren in alternatieve systemen waarbij de verantwoordelijkheid voor eigen vorming gelegd wordt bij de professional zelf. Het laat toe dat elke professional variatie en klemtonen kan aanleggen in zijn persoonlijke leertraject, volgens geïnventariseerde noden en aan de hand van een uitgewerkt leerplan.

De inspanningen die geleverd worden door huisartsen binnen het kader van de stagemestersopleiding van het ICHO dienen in aanmerking te komen voor de accreditering. Ook andere vormen van interne kwaliteitsinitiatieven in de eigen praktijk dienen mogelijk te zijn en als alternatief voor de huidige accreditering te worden goedgekeurd.

Bijkomende inspanningen om de kwaliteit te verbeteren dienen ook bijkomend vergoed te worden. Middelen dienen daartoe te worden vrijgemaakt.

Nieuwe technologie, vnl. informaticatechnologie, biedt kansen voor onderwijs op afstand. Het is belangrijk om deze evoluties op de voet te volgen, de nodige expertise hierin te verwerven,

en vervolgens deze methodiek te hanteren bij het opmaken van leerprogramma's en producten (e-learning). De kwaliteit van het huidige e-learn aanbod boet aan waarde in, doordat het zich dient te conformeren aan de huidige regelgeving tot erkenning.

Over een aantal praktische modaliteiten:

- de navorming (op kringniveau) heeft een functie (cement) in het ondersteunen van kringwerking en praktijkvoering
- registratie van aanwezigheden en administratie van accreditering verloopt bij voorkeur via elektronische weg. De persoonlijke accrediteringsstatus zou permanent online raadpleegbaar moeten zijn voor elke individuele huisarts.
- er moet werk gemaakt worden van het erkennen van de huisartsenkring als navormingsinstituut. (Ook de andere providers van navorming moeten op een gelijke manier erkend worden: er dient werk gemaakt te worden van erkenning van bestaande navormingsorganisatoren). De kring zou moeten geaccrediteerd worden voor zijn volwaardig programma ipv zoals nu activiteit per activiteit te accrediteren. De kring als such zou moeten erkend worden als navormingsinstituut..Het kritisch beoordelen van het eigen jaarprogramma, het opstellen van een meerjarenplanning voor CPD (Continuing Professional Development) in de regio, en integratie van LOK-activiteiten in de kringwerking zijn alleen maar bevorderend voor kwaliteitsbevordering op loco-regionaal vlak. De kring dient zich dan wel te engageren voor een CPD-audit, die op verloop van een aantal jaren kan aangeleerd worden.
In deze context past ook het regionaal ter beschikking hebben van QA-facilitatoren, (als logisch verlengde van de LOK-animatoren), die in eigen regio alle verschillende aspecten van kwaliteitsbevordering en CPD kunnen ondersteunen en coördineren.
- Een en ander zou de administratieve belasting van de paritaire comités bovendien kunnen ontlasten, het aantal te viseren aanvragen voor accreditering zal immers drastisch dalen.

6 G E N E E S M I D D E L E N B E L E I D

- 6.1** Huisartsen vragen respect van de overheid en de andere zorgverleners (cfr. KB78 - 10/11/1967) voor hun autonomie en verantwoordelijkheid bij het voorschrijvers.
- 6.2** Huisartsen zijn bereid om kwaliteitsvol en verantwoord voor te schrijven. Zij willen kritisch omgaan met de boodschappen uit de farmaceutische industrie. Zij doen reeds heel wat inspanningen rond dit thema. Zij doen reeds aan zelfsturing en evaluatie via de LOK's en de Kringen. Zij kunnen dit enkel doen op basis van correct, recent en relevant cijfermateriaal. Daarom willen de huisartsen ook mee betrokken worden in het beheer en analyse van deze gegevens.
- 6.3** Huisartsen zijn bereid om mee te helpen bij het beheersen van het geneesmiddelen uitgaven. Primordiaal blijft dat het voorschrift de gezondheid van de patiënt ondersteunt.
- 6.4** De uitgaven worden heden in de eerste plaats bepaald door de prijsbepaling en de terugbetaling. De overheid dient daarin haar verantwoordelijkheid te nemen. Huisartsen vragen dat producten voor dezelfde indicatie met een gelijkwaardige kwaliteit onder een zelfde prijs en met dezelfde terugbetaling op de markt komen.

6.5 De terugbetaling is nu vooral via het aanbod gestuurd. Zo worden bepaalde nuttige moleculen geschrapt omdat ze niet meer rendabel zijn. Huisartsen vragen dat deze moleculen opnieuw beschikbaar komen en er een standaardisatie van de verpakkingen en doseringen gebeurt op basis van behoefte.

6.6 OTC geneesmiddelen (vrij verkrijgbare producten)

Het gezondheidsbeleid moet rekening houden met het overaanbod van OTC producten. Door oneigenlijk gebruik, bijwerkingen van deze medicatie en interferentie met voorschriftgebonden medicatie brengt dit schade toe aan de gezondheid. De ‘direct to consumer advertising’ en het misbruik van GVO door commerciële firma’s dient te worden aangepakt.

Beperking van het OTC gebeuren is noodzakelijk voor de volksgezondheid.

Het aantal OTC producten is enerzijds een risico voor de volksgezondheid en schuift anderzijds de factuur door naar de patiënt.

6.7 Generica

Huisartsen zijn bereid mee te werken aan het voorschrijven van generica.

De overheid dient toe te zien op de kwaliteit en de therapeutische equivalentie van deze producten.

Er moet een evaluatie gebeuren van het generisch voorschrift, die verder gaat dan het louter financiële. Ook compliance van patiënt en de fouten in het gebruik van de medicatie door het overschakelen op een (ander) generisch voorschrift moeten worden geëvalueerd.

Huisartsen wijzen in dit verband op de rol van de ziekenhuizen waar generische medicatie frequent wordt omgezet in de oorspronkelijke specialiteit, alsook op de substitutie door de apotheek bij het voorschrijven van generica.

Huisartsen zijn voorstander van een beloningsbeleid, waarbij een deel (bvb 20%) van de gerealiseerde besparing terugvloeit naar de huisartsengroep.

6.8 Substitutie

Huisartsen zijn gekant tegen substitutie.

Het medisch voorschrift maakt deel uit van de arts-patiënt relatie.

Er zijn alternatieven, zoals het persoonlijk contact huisarts, apotheker en ziekenhuis en het overleg op lokaal vlak om hieraan te verhelpen.

6.9 VOS

Huisartsen kunnen akkoord gaan met VOS onder bepaalde voorwaarden:

- het moet altijd gebeuren op vrijwillige basis.
- VOS moet een eenvoudig voorschrijfsysteem zijn.
- VOS moet aanleiding geven tot een gepersonaliseerd voorschrift, waarbij ook de galenische vorm, de dosering en vooral de hoeveelheid kan worden gekozen. VOS medicatie moet dus in unit dosis beschikbaar zijn bij de apotheker.

- Daarenboven zijn de voorwaarden bij de generica hier ook van toepassing (o.a. evaluatie / kwaliteitsgarantie).
- VOS moet goedkoop voorschrijven bevorderen.

6.10 Medicatie met controle a priori (hoofdstuk IV) en posteriori (hoofdstuk II).

Huisartsen vragen een sterke vereenvoudiging van de huidige regelgeving en meer inspraak van de huisarts.

Huisartsen wijzen erop dat de huidige regelgeving aanleiding geeft tot een vorm van “omgekeerde echelonnering”, waarbij de patiënt verplicht een specialist moet consulteren om terugbetaling te verkrijgen voor bepaalde medicatie. Ook zorgt de huidige regelgeving voor onnodige technische prestaties.

Het omzetten van a priori controle naar a posteriori controle zorgt voor een administratieve vereenvoudiging. Huisartsen vragen wel om in individuele gevallen te kunnen afwijken van de criteria, mits onderbouwing met gedegen argumentatie. Controle a posteriori en sanctioneren kan enkel op basis van een afwijkend profiel.

- 6.11** Het magistraal voorschrift blijft belangrijk en biedt voordelen in bepaalde situaties. Het wordt nog meer verantwoord nu een officiële commissie van artsen en apothekers de mogelijkheden op een wetenschappelijke wijze onderzoekt en begeleidt.
- 6.12** De zwakte schakel in het geneesmiddelenbeleid blijft de wijze waarop de patiënt (de consument) omgaat met medicatie. Het is daarom belangrijk dat zowel voorschrijvers (artsen) als leveranciers (apothekers) voldoende aandacht besteden aan het correct informeren van de patiënt. Dit veronderstelt ook een gelijklopende, mekaar aanvullende houding met respect voor elkaars bevoegdheid en verantwoordelijkheid (cfr **6.1** – KB 78). Samenwerking tussen beide beroepsgroepen is dus noodzakelijk, vooral op het plaatselijk vlak. Die samenwerking, op gebied van medicatievoorschrift en toediening, is overigens ook nodig met de 2^{de} lijn en met de ganse 1^{ste} lijn. Dit vergt bijkomende tijdsbesteding en naar verhouding ook bijkomende vergoeding.
- 6.13** Het voorschrijfgedrag van de huisartsen dient gezien te worden in het globale gezondheidsbeleid. De analyse en interpretatie van deze gegevens moet gebeuren in een breder kader, waarin naast de huisartsen ook de specialisten en de apothekers worden betrokken. Dit moet aanleiding geven tot een congruent beleid en de nodige structurele maatregelen.

7 C O N T I N G E N T E R I N G E N E R K E N N I N G H U I S A R T S E N

- 7.1** De contingentering dient rekening te houden met de maatschappelijke evolutie.
- 7.2** Het versoepelen van de contingentering is nefast voor de toekomst van de eerstelijnszorg. België scoort qua artsendichtheid nog bij de hoogste van de wereld. Het evenwicht van 40% huisartsen en 60% specialisten wordt heden zelfs niet gehaald ten nadele van de huisartsen. Het gezondheidsbeleid moet eerder ondersteunend werken voor eerste lijn en de eigen taken van de huisarts.

7.3 De nieuwe wetgeving op de erkenning van de huisarts mag op generlei wijze uitgehoud worden door onechte huisartsen terug toe te laten tot de sociale zekerheid binnen de huisartsennomenclatuur.

8 S A M E N W E R K I N G S P E C I A L I S T E N

Voor de opvang van eerste klachten is het internationaal duidelijk dat de huisarts de meest aangewezen arts is. Het hoort tot zijn deskundigheid waar nodig en efficiënt de verfijnde diagnostiek en de complexe behandeling van de deelspecialist in te schakelen. Voor deze verwezen patiënten moet een beloning voorzien worden van patiënten, specialisten van de tweede lijn én specialist van de eerste lijn: de huisarts. Voor wie rechtstreeks naar de tweede lijn gaat kan een verhoging van het remgeld voorzien worden.

Voor chronische zorgprogramma's zoals diabetes, astma, hartfalen, COPD, oncologie en andere dienen, zoals overal ter wereld, aangepaste taakverdeling en verwijsafspraken tussen huisartsen, specialisten en andere zorgdisciplines te resulteren in regelgeving en aangepaste zorgfinanciering. Verhoging van de GMD financiering van de huisarts is een essentiële eerste stap.

Alle relevante medische informatie van elke interventie, al of niet op verwijzing, moet uiteindelijk onder het beheer komen van de Globaal Medisch Dossierhoudende huisarts. Dat was het uitgangspunt van de installering en bijbehorende financiering van het GMD en de bijbehorende vergoeding voor informatisering. Een beloning van de patiënt en/of van de specialist voor deze verslaggeving mag hieraan worden toegevoegd.

9 H U I S A R T S E N A U T O N O M I E

Domus Medica wil als autonoom huisartsensyndicaat deelnemen aan de volgende syndicale verkiezingen.

We wensen zo snel mogelijk te bekomen niet meer verplicht te worden coalitie te vormen met een gemengd syndicaat om deel kunnen nemen aan de syndicale verkiezingen

Als jonge organisatie willen we wetenschappelijk, constructief en pluralistisch bij al haar stakeholders overkomen en haar standpunten op basis van wetenschappelijk goed onderbouwde stellingen actief naar buiten brengen tijdens de verkiezingen

Domus Medica zal haar houding tov deelname aan de verkiezingen laten afhangen van de antwoorden van haar leden op een referendum.

De leden bevestigen in het referendum die hierboven gestelde principes en stellen in dit referendum duidelijk dat de Domus Medica moet functioneren als syndicaal overlegplatform. In het kader van de voorliggende syndicale verkiezingen geen coalities dient aan te gaan met de gemengde syndicaten maar autonoom syndicaal actief zijn beroeps promotie dient te voeren.

Wettelijke erkenning als huisartsensyndicaat:

Domus Medica dient uitdrukkelijk en herhaaldelijk erkenning als vereniging te vragen aan de bevoegde instanties om als huisartsensyndicaat autonoom deel te kunnen nemen en dit kracht bij te zetten door Overleg met de Franstalige huisartsen aan te vatten.

Acties zijn hier: politieke lobbying, petitieacties, groot aantal leden werven.

Domus Medica legt zich niet neer bij de huidige beperkte autonomie voor huisartsen in de Medicomut (=vetorecht) (conventie akkoord 2004-2005 paragraaf 5 INWERKINGSTELLING ARTIKEL 50, §2 W140794)

Domus Medica vraagt een herziening van het huidig overleg binnen of buiten de Medicomut om onafhankelijk van de specialisten tussen overheid en huisartsen over specifieke huisartsenmaterie te onderhandelen en te beslissen.

Domus Medica vraagt een eigen budget voor huisartsengeneeskunde, in verhouding tot de omvang van de betrokken populatie en het takenpakket (cfr Europese definitie Wonca 2002) en zodat er meer transparantie komt over de verdeling van de beschikbare gelden voor de gezondheidszorg.

Als specifiek huisartsen overleg niet bekomen wordt, is het noodzakelijk dat de Domus Medica een opsplitsing vraagt van de huisartsgeneeskundige en samenhangende technische verstrekkingen om een adequate herschikking van het budget mogelijk te maken.

1 0 W E T E N S C H A P P E L I J K O N D E R Z O E K

nog in redactie

1 1 E R K E N N I N G V A N D E H U I S A R T S E N P R A K T I J K E N

- 11.1** Een structurering van de eerste lijn en de huisartsenpraktijken dringt zich op. Een erkenning van de huisartsenpraktijken is voor ons een zeer belangrijke prioriteit. De erkenning moet echter alle praktijkvormen omvatten om toe te laten dat de huisartsen daadwerkelijk verbonden zijn aan praktijken en dat ook de patiënten door middel van hun globaal medisch dossier bekend zijn voor de praktijken.
- 11.2** De financiering moet praktijkgebonden zijn en niet prestatiegebonden.
- 11.3** Voor bijkomende opdrachten aan de kringen dienen ook bijkomende middelen voorzien om dit in de praktijk te kunnen operationaliseren.
- 11.4** De onderhandelingen hierover dienen met de huisartsenvertegenwoordigers gevoerd en niet aan de conventie gekoppeld te worden.

1 2 P R E V E N T I E

- 12.1** De huisarts moet de spilfiguur zijn in de medische preventie. In de huisartspraktijk is preventie een geïntegreerd, continu gebeuren, dat vaak aangebracht wordt tijdens een gewone consultatie voor iets anders. Preventie dient hierbij in de brede zin geïnterpreteerd, en beperkt zich dus niet alleen tot enkele technische vaardigheden zoals vaccinaties, cervix- en borstkankeropsparing, maar houdt ook individuele, en soms groepsgerichte gezondheidsbevordering in.
- 12.2** De huisartsen zijn bereid deze rol van 'spilfiguur' waar te maken. Daartoe dient echter eerst de verantwoordelijkheid voor de individuele preventie (o.a. zuigelingenzorg, vaccinaties, kankeropsparing, ...) ondubbelzinnig aan de huisarts toegekend te worden, en zijn taak in de groepspreventie duidelijk omschreven. Deze toekenning van verantwoordelijkheid dient een maatschappelijk gegeven te zijn, ondersteund door het Vlaams Parlement en de Vlaamse Regering. Toekennen van verantwoordelijkheid houdt echter ook in dat de voorwaarden vervuld worden om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken.
- 12.3** De preventieve taken van de huisarts dienen wetenschappelijk onderbouwd te worden. Via de lokale kringen dient navorming omtrent actuele preventie en preventiestrategieën verspreid te worden. De LOK-groepen kunnen door peer-review de implementatie bevorderen. De beroepsgroep bouwt op die manier ook een eigen kwaliteitscontrole in.
- 12.4** De realisatie van een efficiënte communicatie dient gerealiseerd tussen de huisarts en de andere betrokken actoren: overheid, andere eerstelijnsartsen, en tweedelijnsartsen. Wanneer duidelijk gesteld wordt dat de huisarts de spil is in de preventieve gezondheidszorg, dan dient de communicatie tussen de diverse actoren daarvan een weerspiegeling te zijn.
- 12.5** Tenslotte dient voor de realisatie van deze preventietaak een aangepaste honorering voorzien te worden, in functie van het realiseren van de gestelde doelen. Deze honorering kan gevarieerd zijn: vb. deels forfaitair voor de onontbeerlijke communicatieapparatuur (hard- en software), de aanpassing van de praktijkorganisatie (oproepsystemen, secretariaatshulp,...) en de tijdsinvestering, deels in functie van de realisatie van de gestelde doelen (o.a. target payment).