

**IMPULSEO-X**

*of de*

**TOEKOMSTVISIE VOOR DE HUISARTS**



---

## 0. INHOUDSOPGAVE

---

0. Inhoudsopgave .....	2
<u>1. Inleiding .....</u>	<u>3</u>
<u>2. Analyse van de problematiek.....</u>	<u>6</u>
<u>De huisartsenproblematiek .....</u>	<u>6</u>
<u>De tien geboden voor de toekomst van de huisartsgeneeskunde .....</u>	<u>7</u>
<u>Toekomstplanning huisartsgeneeskunde .....</u>	<u>8</u>
<u>3. De tien geboden voor de toekomst van de huisartsgeneeskunde .....</u>	<u>10</u>
<u>4. Verwezenlijking van de toekomstvisie in 10 stappen .....</u>	<u>14</u>
<u>Stap 1 .....</u>	<u>14</u>
<u>Stap 2 .....</u>	<u>17</u>
<u>Stap 3 .....</u>	<u>18</u>
<u>Stap 4 .....</u>	<u>27</u>
<u>Stap 5 .....</u>	<u>28</u>
<u>Stap 6 .....</u>	<u>31</u>
<u>Stap 7 .....</u>	<u>33</u>
<u>Stap 8 .....</u>	<u>36</u>
<u>Stap 9 .....</u>	<u>38</u>
<u>Stap 10.....</u>	<u>39</u>
<u>5. Besluit.....</u>	<u>41</u>
<u>6. Contactgegevens.....</u>	<u>42</u>



---

## 1. INLEIDING

---

Deze toekomstvisie voor de huisartsgeneeskunde gaat grotendeels uit van het vinden van oplossingen voor de problemen die zich hic et nunc in het huisartsmilieu stellen. Beroepsverdediging is de sleutelterm voor de huisartsen en deze gaat meer dan ooit vanaf nu in de eerste plaats als "terreinafbakening" moeten gezien worden.

Het is onmiskenbaar dat de beroepsverdediging van de huisartsen op dat gebied gefaald heeft. De huisartsgeneeskunde levert continu in (minder huisartsen, minder huisartsenprestaties, verminderde koopkracht, verminderd prestige, etc.), terwijl de meeste andere sectoren in de gezondheidszorg expanderen, zowel in aantal beoefenaars als in prestaties.

Het huisartsenterrein is duidelijk aan het inkrimpen: anderen nemen onze plaats in. Het is zeker niet de overheid die daarin verandering zal brengen. Zij belooft wel om de huisartsgeneeskunde te herwaarderen, maar besteedt inmiddels massaal geld aan nieuwe technologieën en aan het bedaren van "witte woede" aanvallen. Indien we willen bekomen dat ons budget gaat groeien, zullen we ook meer "zorgen" moeten bieden.

We moeten duidelijk stellen dat in het verleden de overheid voor de huisartsen een ondeugdelijke rol heeft gespeeld. Niets laat ons vermoeden dat dit in de toekomst zal verbeteren. Onze realistische boodschap is dat we ons zoveel mogelijk moeten baseren op onze eigen mogelijkheden en kwaliteiten.

Terreinverlies staat in het huidige systeem gelijk met het inkrimpen van budget. Het is dringend noodzakelijk deze negatieve spiraal om te buigen. Huisartsen kunnen 95% van de gezondheidsproblemen verzorgen. Veertig jaar geleden deden ze dit zeker ook, maar welk percentage wordt er in werkelijkheid nu nog door huisartsen behandeld?

In "A primary care focused health system improves health outcomes" stelt professor Barbara Starfield dat een goed ondersteunde huisartsgeneeskunde in een goed uitgebouwde eerstelijns zorg de ganse zorg verbetert. De kostprijs van de Belgische gezondheidszorg ten opzichte van het BNP behoort tot de middelmaat van de hoog geïndustrialiseerde landen, haar kwaliteit wordt algemeen een zeer hoog niveau toegedicht. Wetenschappelijk onderzoek leert echter dat het beter kan.

België haalt nu een lage 'Primary Care Score' en heeft minder goede cijfers voor een aantal gezondheidsmaten zoals algemene mortaliteit, levensverwachting en overleving bij chronische ziekten. Dit geldt ook voor gezondheidsindicatoren op kinderleeftijd zoals premature en perinatale mortaliteit, zuigelingensterfte en kindersterfte ten gevolge van ongevallen.

Wetenschappelijk onderzoek geeft een verslechtering aan van de gezondheidsindicatoren bij daling van het aantal huisartsen, maar ook bij toename van het aantal specialisten en van het aantal ziekenhuisbedden. En patiënten met een vaste huisarts blijken een sterftcijfer te hebben dat 20% lager is dan van patiënten die zich rechtstreeks tot de specialist wenden.



Hoewel het huisartsenberoep door onze bevolking als geen ander wordt gewaardeerd, is er toch een gestage achteruitgang van het aantal contacten met de patiënten en van de financiële inspanningen die door de overheid voor de huisartsgeneeskunde worden gedaan.

Het aandeel van de huisartsgeneeskunde in het totale budget van de gezondheidszorg gaat in steeds sneller dalende lijn.

Fundamenteel is in deze context:

- 1. Een goede inventarisatie te maken van de huidige toestand. Op basis van correcte cijfers de problematiek van het functioneren van de huisarts op de eerste lijn wetenschappelijk door te lichten.**
- 2. Oplossingen aan te reiken om zoveel mogelijk artsen te laten functioneren in een kader dat hen geschikt lijkt, waardoor hun competentie maximaal rendeert.**
- 3. Rekening te houden met de financiële beperkingen van de overheid, eigen aan de vergrijzing van de bevolking, en met de hogere kostprijs van de snel voortschrijdende vernieuwingen in de geneeskunde.**
- 4. Dat er geen modellen voorgesteld worden die wegens financiële of andere implicaties voor overheid, patiënt of arts onuitvoerbaar zijn. Omdat de toestand dringend is, dient er snel werk gemaakt van wat reeds kan geïmplementeerd worden.**
- 5. Tevredenheid bij de patiënten te creëren in een nieuw systeem dat inspeelt op de moderne behoeften aan gezondheidszorg. Men dient er vooral over te waken dat de arts- patiënt relatie een uniek gegeven blijft. Hierbij kiest de arts in samenspraak met zijn patiënt zo vrij mogelijk zelf de zorgpaden om de best renderende gezondheidsbijdrage met de laagste kostprijs voor patiënt en maatschappij te genereren.**
- 6. Resoluut te kiezen voor vernieuwingen en de geesten te openen voor volledig nieuwe concepten, waarbij waardevolle zaken uit het verleden worden meegenomen, zodat uiteraard het kind niet met het badwater wordt weggegooid. Voor een stabiele toekomstvoorspelling en aangepaste strategie moet uitgegaan worden van partners die trouw zijn aan hun woord, die plannings uitvoeren volgens vastgelegde schema's. Het uittekenen van toekomstvisies zonder concrete wantoestanden en ongeregelheden aan te kaarten, zal de verwezenlijking alleen maar problematisch maken. Het is de vaste overtuiging van het SVH dat de toekomst van ons medisch handelen vooral vanuit en met de middelen eigen aan het artsenmilieu moet beschreven worden.**
- 7. Dat er een goede analyse gemaakt wordt van de verantwoordelijkheden van de verschillende partners in de gezondheidszorg. Iedere partner dient binnen zijn domein de nodige maatregelen te nemen om tot een kwaliteitsvolle betaalbare gezondheidszorg te komen.**



Huisartsen en andere gezondheidswerkers van de eerste lijn (kinesitherapeuten, verpleegkundigen, sociaal assistenten, psychologen etc.), specialisten en overige gezondheidswerkers van de tweede lijn, ziekenhuisbeheerders, maar ook hoofden van de farmaceutische industrie, mutualiteiten, overheid én patiënten dienen wensen en beschikbare middelen met elkaar in evenwicht te brengen zonder de problemen onderling door te schuiven en te weigeren de stoep voor eigen deur te vegen.

8. Dat er werkinstrumenten gecreëerd worden die objectieve analyses van het gezondheidssysteem in de eerste lijn mogelijk maken. Daardoor kunnen in de toekomst op een wetenschappelijk verantwoorde manier maatregelen genomen worden om onze gezondheidszorg in de eerste lijn betaalbaar te houden en constant kwalitatief te verbeteren.
9. Een structuur uit te bouwen waarin de huisartsgeneeskunde op de eerste lijn volledig belichaamd wordt, en die als enig en onvervangbaar contactpunt geldt voor alle geledingen van de gezondheidszorg en de politieke wereld.
10. Dat het geld voor de huisartsen in de eerste lijn een rechtvaardig en billijk gedeelte van het geheel van de beschikbare middelen wordt. Dat de huisartsen zelf verantwoordelijk worden gesteld voor de goede besteding en aanwending van de eigen middelen, en ervoor ook gehonoreerd worden.

Rekening houdende met deze beschouwingen zijn wij, na lang beraad met de basis en na afweging van de wensen en mogelijkheden, als SVH tot een **3x10 punten analyse** gekomen van:

1. De huisartsenproblematiek.
2. De richtlijnen en vereisten die men in de toekomst steeds in aanmerking moet nemen bij onderhandelingen met welke partner dan ook. Deze voorschriften houden rekening met de problemen die zich in het verleden hebben voorgedaan.
3. Het tien stappen plan voor de verwezenlijking van onze toekomstvisie op de huisartsgeneeskunde.

[Terug naar inhoudsopgave](#)



---

## 2. ANALYSE VAN DE PROBLEMATIEK

---

### DE HUISARTSENPROBLEMATIEK

1. Plethora van huisartsen: nog voor jaren. Ondanks vergrijzing en verminderde instroom blijven er duidelijk veel meer huisartsen per aantal inwoners in vergelijking met onze buurlanden.
2. Evolutie naar plethora van specialisten die de eerste lijn trachten in te palmen. Vanuit de ziekenhuizen worden de laatste jaren allerlei nep-1<sup>ste</sup> lijnstructuren uitgebouwd en bemand door ziekenhuisartsen welke nog steeds massaal worden opgeleid. De facto worden de patiënten weggedraineerd naar de veel duurdere 2<sup>de</sup> lijnsgeneeskunde welke zelfs een negatieve invloed heeft op morbiditeit ([cfr. Starfield](#)).
3. Onderwaardering van de eerste lijn door:
  - Onderfinanciering ([Hay-rapport 2001 - Nederland](#))
  - slechte sociale bescherming
  - slechte werkomstandigheden
  - onaangepast werkkader, met als gevolg:
    - verminderde instroom van huisartsen
    - drang naar verminderd aantal uren presteren
4. Problemen bij het bemannen van de wachtdiensten in het weekend en tijdens de avonden.
  - De vergrijzing van de huisartsen: ouder wordende huisartsen krijgen het steeds moeilijker om drukke wachtdienst te verzorgen
  - Vervrouwelijking van het beroep: voor vrouwelijke collegae wordt het combineren van een voltijdse huisartsenpraktijk inclusief wachtdienst met de zorg rond familie en gezin veel moeilijker.
  - Verhoogde nood aan veiligheid tijdens wachtdienst vereist extra logistieke maatregelen.
5. Vanuit universitaire huisartsencentra wordt een eenzijdig beeld opgehangen van het “functioneren als huisarts”. Pas afstuderende huisartsen krijgen het obligate groepspraktijkenmodel voorgesteld. De realiteit is echter dat de overgrote meerderheid van het huisartsenwerk verricht wordt in solopraktijken.
6. Verdwijnen van het maatschappelijk respect voor het huisartsenberoep, waardoor de patiënt zich kan gedragen als een verwende consument. Op één lijn met diagnose en behandeling van de ziekte is er bij de patiënt een belangrijke vraag naar comfort. Dit is in de huidige sociale context volledig normaal, maar het mag de betaalbaarheid van de echte geneeskunde niet in het gedrang brengen.
7. Het overmatig belang dat de overheid en de patiënten hechten aan technische prestaties staat lijnrecht tegenover de chronische afbouw van het technicisme bij de huisarts. Kwaliteit van zorg staat evenwel niet in evenredigheid met techniciteit van de geboden zorg.



8. Slechte verdediging van de positie van de huisarts door een versnipperd syndicaal landschap. Door een wettelijk perfide mechanisme komen de eisen en noden van de huisartsen in verplicht gemengde syndicaten nauwelijks aan bod. De huisartsen hebben slechts een amateuristische vertegenwoordiging in de adviesorganen van het beleid.
9. Politieke, of minstens ideologische, verstrengeling van het beleid met een beperkte groep van steeds dezelfde, vaak weinig representatieve huisartsenvertegenwoordigers.
10. Totaal gebrek aan democratie en interessewerving bij de basis zijn een gevolg van het decennialange verwaarlozen van de beroepsgroep door de overheden.

[Terug naar inhoudsopgave](#)



## DE TIEN GEBODEN VOOR DE TOEKOMST VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE

1. De structuur van een eenheidsvereniging komt er door en voor de huisartsen.
2. De huisarts behoudt zijn status van vrij beroep.
3. Er worden door de huisartsen van de overheid, mutualiteiten of andere instanties (o.a. geneesmiddelenindustrie) geen bijkomende taken aanvaard zonder bijkomende adequate vergoedingen.
4. Zowel huisartsen, specialisten, ziekenhuisbeheerders, mutualiteiten, overheid als patiënten moeten eigen verantwoordelijkheden nemen over eigen materies en voeren er zelf onderhandelingen over.
5. Alle kennis verworven binnen de huisarts - patiënt relatie wordt in samenspraak met en na akkoord van de patiënt verzameld en geanalyseerd door de huisarts.
6. Controle op het geneeskundig handelen van de huisarts gebeurt binnen de huisartsengroep zelf.
7. Alle beslissingen worden op democratische wijze genomen vanuit de huisartsenbasis: de huisartsenkring.
8. Elke praktijkvorm en elkeen die als huisarts fungeert wordt op gelijkwaardige basis behandeld. Maatregelen houden rekening met elk type van functioneren.
9. 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.
10. De huisarts verschaft aan de bevolking de continuïteit van een kwaliteitsvolle eerstelijns zorg, dag en nacht, op weekends en tijdens feestdagen. De huisartsenkring is de spil voor deze dienst aan de burgers en is de plaats waar klachten van de bevolking kunnen geëvalueerd worden.

[Terug naar inhoudsopgave](#)



## TOEKOMSTPLANNING HUISARTSGENEESKUNDE

### STAP 1

- Erkenningcriteria voor huisartsen.
- Erkenningcriteria voor huisartsenpraktijken en creatie van kadaster.

### STAP 2

- Veralgemeend maken van GMD.
- In kaart brengen van praktijken en patiëntenpopulatie.

### STAP 3

- Het regelen vanuit de huisartsengroepering zelf van in- en uitstroom van huisartsen in de praktijken.
- Het onmogelijk maken van plethora en het bevorderen van een degelijke regionale spreiding van huisartsen.

### STAP 4

- Het erkennen en valoriseren van de huisartsenkringen betreffende:
  - het sturen en evalueren van de lokale situatie van de gezondheidszorg op de eerste lijn.
  - de contacten met de tweede en derde lijn.
  - het creëren van een overleg met patiëntenorganisaties.

### STAP 5

- Het creëren van lokale netwerken van avond- en weekendwachtdiensten, met het centraal ter beschikking stellen van elektronische dossiers aan de dienstdoende arts via een elektronisch kaartsysteem dat eigendom is van de patiënt.

### STAP 6

- Afbakenen van het terrein waarop huisartsen functioneren.
- Constructieve basis voor samenwerking eerste en tweede lijn creëren.
- Objectieve evaluatie van projecten op basis van kosten-baten analyse.

### STAP 7

- Het ter beschikking stellen van een volwaardig sociaal statuut:
  - door solidariteitsstelsel voor en door de huisartsen.
  - één forfait, losgekoppeld van de conventiestatus, die een bijdrage van de maatschappij weergeeft voor de extra geleverde diensten van de huisartsen aan die samenleving.
  - pensioenbijdrage door overdragen van praktijk.
  - door de huisartsen zelf op te richten huisartsenreserve voor het opvangen van patiënten tijdens ziekte, zwangerschap, verlof, etc..



## STAP 8

- Het creëren van een eenheidsvereniging, mét syndicale-, wetenschappelijke-, media- en huisartsenkringvleugel, gedragen door een brede basis, waarbij de diversiteit binnen het huisartsenmilieu democratisch naar het beleid vertaald wordt door consensusovereenkomsten.

## STAP 9

- Het betrekken van de basis van de huisartsen in de opleiding van jonge omnipracticici. Het incorporeren van het doorlopen van de verschillende praktijkvormen in de opleiding.

## STAP 10

- Het uitwerken van een democratisch communicatiesysteem binnen de huisartsengroepering vanuit een eenheidsvereniging. De oprichting van een eigen huisartsen-kenniscentrum, waar alle informatie over de huisartsgeneeskunde verzameld wordt.

[Terug naar inhoudsopgave](#)



---

### 3. DE TIEN GEBODEN VOOR DE TOEKOMST VAN DE HUISARTSGENEESKUNDE

---

#### 1. *De structuur van een eenheidsvereniging komt er door en voor de huisartsen*

##### DOOR de huisartsen

De toekomstvisie wordt geconcretiseerd door en voor de huisartsen die dagelijks in de praktijk staan. Zij laten zich hiervoor professioneel begeleiden, maar beslissen zelf over hun toekomst en de opties die daarvoor dienen genomen te worden. Vertegenwoordiging op alle niveaus moet door huisartsen worden waargenomen.

##### VOOR de huisartsen

Daarmee bedoelen we voor ALLE huisartsen: dus expliciet wordt in de structuur ingebouwd

- dat er zoveel mogelijk naar consensus wordt gestreefd.
- dat oplossingen aangereikt worden waarin een zo groot mogelijk aantal huisartsen zich kunnen vinden.
- dat er voor een probleem dikwijls meerdere oplossingen noodzakelijk zullen zijn.

#### 2. *De huisarts behoudt zijn status van vrij beroep*

- Huisartsen die dit willen kunnen ook in loondienst werken.
- Alle andere financieringsmogelijkheden moeten kunnen.

Máár de standaard is: de huisarts kan alleen en onafhankelijk functioneren als “beoefenaar van een vrij beroep”. Dit betekent een geleidelijke afbouw van het pseudo-zelfstandigenstatuut waarin we terecht gekomen zijn door de overdreven bureaucrativering en overreglementering van overheidswege.

Huisartsen zijn zelf eigenaar van hun praktijk. Huisartsen die in loonverband werken, horen in een andere categorie thuis dan zij die het beroep “vrij” uitoefenen.

De noodzaak aan onafhankelijke huisartsen neemt toe. Het is een steeds groter wordende opdracht voor de huisartsen om in te gaan tegen de economisch gestuurde reglementering van overheidswege. Ook dienen de huisartsen regelmatig hun patiënten te beschermen tegen overdreven en onnodige zorgverlening op hogere (duurdere) echelons, vaak vermomd als pseudo 1<sup>ste</sup> lijnstructuren.

#### 3. *Er worden door de huisartsen van de overheid, mutualiteiten of andere instanties (o.a. geneesmiddelenindustrie) geen bijkomende taken aanvaard zonder bijkomende adequate vergoedingen*



- Overheid en mutualiteiten: stop alle overtollige registraties, alle administratieve nonsens.
- Bijkomende eisen betekent bijkomende vergoedingen.
- Noodzakelijk administratieve taken die uitgebreid arbeidstijd in beslag nemen, moeten vergoed worden. Een nomenclatuurnummer dient hiervoor te worden voorzien.
- Farmaceutische industrie: de Bf-categorie is er gekomen omdat de overheid probeert budgetcontrole te behouden over té dure geneesmiddelen. Een product in de Bf-categorie op de markt brengen om de dure prijs (welke nota bene door de overheid mee wordt bepaald) te verantwoorden, is een teken van misprijzen voor de huisartsengroep. Het Bf-systeem heeft overigens bewezen een omgekeerd effect: bij prijsaanvragen van nieuwe produkten wordt initieel het remmend effect op de verkoop reeds door de firma's verrekend.

Huisartsen onbezoldigd taken laten uitvoeren voor eigen gewin is uitbuiting. Allerlei administratieve taken rondom functioneren van wachtdienst, accreditering, etc. uitgevoerd door de huisartsen zelf betekenen uiteindelijk een verlichting van de opdracht van het overheidspersoneel zelf.

Wensen mutualiteiten administratieve reglementeringen en controles betreffende medicaties in te voeren, dan moeten de adviserende geneesheren van de ziekenfondsen zelf die beslissingen op eigen verantwoordelijkheid nemen en de patiënten omstandig het waarom van hun beslissing meedelen.

#### ***4. Zowel huisartsen, specialisten, ziekenhuisbeheerders, mutualiteiten, overheid als patiënten moeten eigen verantwoordelijkheden nemen over eigen materies en voeren er zelf onderhandelingen over***

Eigen verantwoordelijkheid betekent:

- Een eigen huisartsenbudget als een percentage van de totale begroting. Op basis van cijfermateriaal, verzameld door en voor de huisartsen, kan op wetenschappelijke manier de besteding van de budgetten, en door wie ze uitgegeven worden, in kaart gebracht worden. 95% van de zorgvraag kan aldus kwalitatief goed worden beantwoord door de huisartsen in de basisgezondheidszorg. Daarom is 20% van het totale honorariabudget een noodzakelijke randvoorwaarde.
- De huisartsengroep kan zelf de nodige maatregelen nemen om de normen van het budget te halen.
- Een nieuwe structuur voor de medicomut, die nu vaak beslissingen neemt in naam van de huisartsen, maar zonder hun effectieve inspraak.
- De huisartsengroep moet zelf de eindverantwoordelijkheid over expliciete huisartsenmaterie en inspraakrecht in elke eerstelijns materie krijgen.
- Streven naar meer samenwerking tussen huisartsen en specialisten, maar met afbakening van hun werkterrein in het kader van een correcte echelonnering.



Eigen verantwoordelijkheid betekent niet:

- Dat we geen artsen binnen de artsengroep meer zijn, dat we geen overlegplatform met onze collegae specialisten meer wensen.
- Dat we niet solidair en in overleg met onze collegae specialisten willen handelen.
- Dat we voor totale boedelscheiding zijn binnen de artsengroep.
- Dat samenwerken stroever zou verlopen wanneer er een juiste terreinomschrijving en taakverdeling is vastgesteld, wel integendeel.

**5. Alle kennis verworven binnen de huisarts - patiënt relatie, dus ook vanuit de 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> lijn (al dan niet na verwijzing), wordt in samenspraak met en na akkoord van de patiënt verzameld en geanalyseerd door de huisarts**

Alle kennis binnen de huisarts - patiënt relatie wordt in eerste instantie binnen de eerste lijn geanalyseerd via de oprichting van een eigen kenniscentrum van, voor en door huisartsen.

- Wetenschappelijk onderzoek over de medische facetten van het huisartsenberoep.
- Wetenschappelijk onderzoek over de besteding van de financiële middelen in het huisartsenberoep.
- Informatie leveren aan de huisartsen om het eigen functioneren bij te sturen naar kwaliteitsverbetering en economische beheersing van de budgetten, zonder de arts - patiënt relatie in gevaar te brengen.
- Steunpilaar wat betreft feitenmateriaal voor de syndicale werking.

**6. Controle op het geneeskundig handelen van de huisarts gebeurt binnen de huisartsengroep zelf**

Controle:

- Binnen de LOK's en de eigen huisartsenkring.
- Door huisartsen voor huisartsen.
- In de eerste plaats bijsturend, dus niet repressief, met kennis van de lokale huisartsenmaterie.
- Via materiaal aangereikt door het kenniscentrum.
- Via wetenschappelijk materiaal van de academische huisartsencentra en de wetenschappelijke vleugel van een eenheidsvereniging.

**7. Alle beslissingen worden op democratische wijze genomen vanuit de huisartsenbasis: de huisartsenkring**

Huisartsenkring als basis en pijler:

- Voor informatie vanuit de top.



- Doorstroming van informatie vanuit de basis.
- Aanbrengen van projecten.
- Bijsturen van projecten.
- Aanpassen van projecten aan lokale noden.
- Organisator van lokale projecten.
- Democratie binnen de huisartsengroep.
- Besluitvorming.
- Lokaal contactpunt met tweede en derde lijn.
- Organisator van de wachtdiensten en van de permanentie.

### **8. Elke praktijkvorm wordt op gelijkwaardige basis behandeld en maatregelen houden rekening met elk type van functioneren**

Geen privilegiërende keuzes door welke groepering dan ook:

- Voor een bepaald type van functioneren als huisarts.
- Voor een “ideaal” type van huisarts.
- Voor een academisch type huisarts.

Máár alle vormen van huisartsgeneeskunde (solo-, duo- en groepspraktijken; samenwerkingsverbanden; W.G.O.'s, ...) maximaal laten functioneren volgens de lokale noden en mogelijkheden.

### **9. 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**

Huisartsen vragen een billijke vergoeding voor hun werk, en een adequate sociale bescherming.

Huisartsen blijven vaak idealisten, maar willen met hun werk echt wel meer verdienen dan alleen algemene waardering.

Huisartsen verlangen evengoed zoals iedereen naar correcte werktijden overdag.

### **10. Huisartsen verschaffen aan de bevolking de continuïteit van een kwaliteitsvolle 1<sup>ste</sup> lijnszorg : dag en nacht, op weekends en tijdens feestdagen. De huisartsenkring is de spil voor deze dienstverlening en is de plaats waar klachten van de burgers kunnen geëvalueerd worden**

[Terug naar inhoudsopgave](#)



---

## 4. VERWEZENLIJING VAN DE TOEKOMSTVISIE IN 10 STAPPEN

---

### STAP 1

---

#### Erkenningcriteria voor huisartsen.

#### Erkenningcriteria voor huisartsenpraktijken en creatie van kadaster.

---

#### Erkenningcriteria voor huisartsen

- De opleiding tot huisarts kost de gemeenschap veel geld. Het kan dus niet de bedoeling zijn dat omnipracticci geschoold worden om slechts een parttime job uit te oefenen. Studenten huisartsgeneeskunde moeten ervan uit kunnen gaan dat het beroep waarvoor zij gekozen hebben een volwaardig vak op universitair niveau is. De actuele voorstellen van erkenningcriteria blijven van de huisartsgeneeskunde het beeld ophangen van een allegaartje van allerlei medische functies, alsof huisartsen eerder administratieve taken dienen te vervullen en geen medische specialisten zouden zijn. De erkenningcriteria moeten dus een omschrijving zijn van de taken en de vereisten waaraan een fulltime huisarts moet voldoen om volwaardig erkend en geaccrediteerd huisarts te kunnen worden.
- Huisartsen hebben een permanente bijscholing nodig op theoretisch vlak.
- Huisartsen hebben een permanente praktische vorming nodig:
  - o om over voldoende ervaring te blijven beschikken.
  - o om volwaardig als huisarts te kunnen functioneren.
- Huisartsen die te weinig patiëntencontacten hebben, kunnen onmogelijk voldoende ervaring opdoen om betrouwbare en kwaliteitsvolle geneeskunde uit te oefenen. Vijfhonderd contacten per jaar (dit is minder dan 2 per dag!) is als minimumeis totaal onvoldoende.
- Erkenningcriteria zijn er om volwaardige huisartsen te erkennen, niet om standaarden te scheppen voor een bijberoep als huisarts. Een parttime huisarts kan uiteraard niet dezelfde erkenning genieten als een fulltimer.
  - o Alle huisartsen zijn volwaardige artsen maar hun erkenningcriteria zijn in functie van hun praktijk te velde.
    - Een urgentiearts is een huisarts urgentist.
    - Een sportarts is een huisarts sportarts.
    - Een parttime huisarts is een huisarts die samen met één of meerdere collega's een fulltime deelt.



## **Erkenningcriteria voor huisartsen dienen dus om diverse redenen verfijnd te worden!**

- Om duidelijkheid te scheppen bij de bevolking. De patiënt heeft het recht te weten of hij te doen heeft met een fulltime huisarts of met iemand die slechts 10% van de tijd huisarts is.
- Om duidelijkheid te scheppen bij de uitbetalingen van het sociaal statuut.
- Om duidelijkheid te scheppen bij de conventie. Allerhande cijfers omtrent het aantal huisartsen worden te pas en te onpas gebruikt naar gelang de context waarin men ze wil gebruiken.

## **Erkenningcriteria voor huisartsenpraktijken en creatie van kadaster**

### **Officiële praktijkvormen**

- Solopraktijk.
- Huisartsensamenwerkingsverband (HASAV). Vrijwillig en gericht op continuïteit van de zorgen.
- Associatie of Huisartsen onder één dak (HOED). 2 +, onder één dak, minstens een deel van de activiteit onder dat gemeenschappelijke dak.
- Groepspraktijk (HOED bis). 3 +, alles onder één dak, treden als groep naar buiten, vaak ook samenwerking met andere disciplines.
- Wijkgezondheidscentrum (WGC). 3+, verschillende disciplines, individuele en collectieve zorgverlening van een buurt of een wijk.
- Eventueel toekomstige praktijkvormen: vb. reserve van artsen die in het kader van vervangingen werken.

### **Huisartsen onder één dak**

- Onderscheid associatie en groepspraktijk: een grijze zone.
- WGC is ook een HOED.
- EMD: steeds een multi-user toepassing (plaatselijk netwerk), met uitzondering van een partiële associatie (= uitzonderlijk in huisartsgeneeskunde).
- Elke groep staat op zich.



## **Concreet ... veel verduidelijking nodig!**

- Solopraktijken, die alleen in eigen praktijkpand werken, kunnen deelgenoot zijn van een HASAV.
- Een HOED /HOED bis en een WGC kunnen ook deelgenoot zijn van een HASAV.
- Welke groepsvorm is een samenvoegen van dossiers van praktijken onder verschillend dak?
- Ministerieel initiatief om groepsverbanden te ondersteunen
  - o leidt/leidde tot hoog gespannen verwachtingen.
  - o verwarring waarbij samenwerken en groep (=samenvoegen) onvoldoende onderscheiden worden.

**DE PRAKTIJK MOET EIGENDOM ZIJN VAN EEN HUISARTS OF VAN HUISARTSEN**

### **Conclusie:**

**Een dirigistische aanpak van de erkenning van huisartsen en praktijkvormen is gedoemd om te mislukken.**

**Deze erkenning moet uitgaan van de basis en vanuit de realiteit zonder vooroordelen ten opzichte van eender welke praktijkvorm.**

[Terug naar inhoudsopgave](#)

---

## **STAP 2**

**Vergemeend maken van GMD.**

**In kaart brengen van praktijken en patiëntenpopulatie.**

---

### **Vergemeend maken van GMD**

GMD penetratie bedraagt in geen enkel gewest meer dan 40%

Vooraf in Wallonië en Brussel is de penetratiegraad erg bedenkelijk.

Auto-culpabilisering en gebrek aan economisch denken zijn er de oorzaak van dat er in veel praktijken nog zo weinig GMD's zijn.

Aan de huisartsen moet dringend duidelijk gemaakt worden dat het bijhouden en opmaken van een GMD geldt voor alle patiënten en dat het dus helemaal niet logisch

**Impulseo-X** Een model voor alle huisartsen



is dat zij deels wel en gedeeltelijk niet vergoed worden voor het onderhoud van die dossiers. Vanuit de huisartsengroep moet dringend nagedacht worden over een bijkomende financiële vergoeding voor de huisarts inzake die patiënten die geen GMD wensen.

### **In kaart brengen van praktijken en patiëntenpopulatie**

- Taak van de diverse huisartsenkringen.
- Taak kan enkel gebeuren nadat de veralgemening van het GMD een feit is.

### **Dus eerste prioriteit:**

Vanuit de huisartsenorganisaties moeten de huisartsen bewust gemaakt worden van de noodzaak om een GMD te openen voor elke patiënt.

Het in kaart brengen van praktijken en patiëntenpopulatie geeft een duidelijk beeld van de plethora en van de regionale verschillen. Het schept de mogelijkheid om in de toekomst de huisartsenspreiding regionaal te plannen op basis van effectieve cijfers.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

---

## STAP 3

---

**Het regelen vanuit de huisartsengroepering zelf van in- en uitstroom van huisartsen in de praktijken.**

**Het onmogelijk maken van plethora en het bevorderen van een degelijke regionale spreiding van de huisartsen.**

---

Voor jonge afstuderende artsen moet het huisartsenberoep terug aantrekkelijk gemaakt worden. De huidige trend tot ontvluchten van het huisartsenberoep via specialisatie, en het gedwongen stoppen na enkele jaren uit financiële noodzaak - met uitwijking naar het buitenland of naar andere beroepen in de medische sector - moet een halt toegeroepen worden. De chronische veroudering van het beroep door het laattijdig pensioneren van huisartsen om financiële redenen dient tegengegaan te worden.

Daarenboven moet in de toekomst de plethora, die oorzaak is van een ernstige beschadiging van het huisartsenberoep, ten allen tijde en tot elke prijs onmogelijk gemaakt worden. Tegelijkertijd dient ervoor gezorgd te worden dat overal in het land de huisartsgeneeskunde nabij en gemakkelijk bereikbaar blijft.



Het huidige plethoraprobleem is vooral een probleem van een blijvende ongebreidelde vorming van specialisten, in de eerste plaats omdat de universitaire ziekenhuizen hun goedkope werkrachten-assistenten wensen te behouden. De aldus nieuw gevormde specialisten worden later dan te werk gesteld in ziekenhuisstructuren maar doen er vooral huisartsenwerk.

### **Diversiteit binnen het huisartsenberoep benadrukken**

De verschillende mogelijkheden in de uitoefening van het beroep dienen beklemtoond te worden. Jonge huisartsen kunnen naast de selectie van hun vestigingsplaats ook een bewuste keuze maken voor een solopraktijk, een samenwerkingsverband, een duopraktijk, een groepspraktijk, elk naar gelang zijn/haar ambitie en persoonlijkheid.

Het opdringen of prefereren van welbepaalde praktijkvormen vanuit de universitaire opleidingscentra voor huisartsen kan niet. De informatie aan onze studenten dient een weerspiegeling te zijn van de bestaande huisartsenstructuur. Voor- en nadelen van elke praktijkvoering dienen grondig wetenschappelijk geëvalueerd te worden binnen de huisartsgemeenschap en als dusdanig aan de toekomstige artsen overgebracht. Na grondige analyses moeten correcties aan elke praktijkvorm aangebracht worden ter verbetering van de kwaliteit.

Naast het basisidee van de fulltime huisarts dienen systemen uitgewerkt te worden voor een parallel netwerk van halftime huisartsen, huisartsen die deeltijds in de tweede lijn functioneren, etc., volgens de wensen van de betrokkenen. Zij die andere taken in de maatschappij vervullen, kunnen en moeten dus ook als aparte zelfstandige groeperingen functioneren.

### **Slechte of afwezige sociale voorzieningen**

De beginnende arts dient te beschikken over een sociaal vangnet overeenkomstig met dit van leeftijdsgenoten die een vergelijkbare opleiding kregen.

In het bijzonder moet er een degelijke sociale bescherming zijn in geval van ziekte met werkonbekwaamheid, zwangerschap en bevallingsverlof. De huisarts dient beschermd te worden tegen de gevaren van beroepsziekten, in het bijzonder tijdens zwangerschap. Ook specifieke maatregelen voor opvang van kinderen van huisartsen moeten maximaal gecreëerd en ondersteund worden, gezien de bijzondere eisen en onregelmatige werktijden eigen aan het huisartsenberoep. In alle geval moeten door de maatschappij, die aan die huisarts bijzondere eisen stelt, de nodige financiële middelen voorzien worden ten einde de huisarts in staat te stellen dit sociaal vangnet te creëren.

### **Onzekerheid over het inkomen**

De financiële valorisatie van het beroep dient aangepast aan de heersende maatstaven voor dit universitair opleidingsniveau. Er moet bovendien rekening gehouden worden met het pseudo-zelfstandige statuut, de verantwoordelijkheid, de permanente bijscholing, de toenemende administratieve taken, de stijgende kosten



van de praktijkvoering en de verplichte beschikbaarheid van de betrokkenen voor de maatschappij.

### **Onzekerheid betreffende de positie en rol van de huisarts**

De inhoud van het huisartsenberoep dient duidelijk omschreven te worden. De positie van de huisarts als geneesheer, als spil in de gezondheidszorg en als manager van de eerste lijn moet verduidelijkt worden. De huisarts dient juridisch beter beschermd te worden tegen willekeur en naast de wet op de patiëntenrechten en op de plichten van de huisarts is er dringende noodzaak aan een wet die de rechten van de huisarts en de plichten van de patiënt regelt. Het juridisch vacuüm waarin de huisarts zich nu bevindt, is niet bevorderlijk voor de aantrekkingskracht van het beroep.

De overheid dient in gebieden waar de veiligheid van de huisarts bij het beoefenen van het beroep in het gedrang komt, te zorgen voor de nodige omkadering om hem/haar in staat te stellen zijn/haar taak te vervullen met een minimum aan risico.

### **Onzekerheid over het verwerven van patiënten**

Er ontstaat een ongezond concurrentie- en competitiegedrag, waarvan de maatschappij, de patiënten en de betrokken huisartsen slachtoffer zijn door de volgende contradictie:

- Enerzijds de wil van de jonge huisarts om een aanvaardbaar deel van het patiëntencliënteel te kunnen verwerven omwille van de noodzaak voor een leefbare huisartsenpraktijk.
- Anderzijds de situatie van de oudere huisarts die uit financiële overwegingen zijn/haar cliënteel zo lang mogelijk in stand moet houden.

### **Hoge werkdruk**

Door tergende regelnevelij en administratieve rompslomp wordt het medisch handelen, de core-business van de huisarts, meer en meer belemmerd. Deze overlast dient dringend aangepakt en vereenvoudigd te worden.

### **Verwerven van een positief imago**

De maatschappelijke waarde van de huisarts in de gezondheidszorg dient op positieve wijze beklemtoond te worden. De perfide negatieve stigmatisering van de huisarts in de media, meestal met andere bedoelingen dan informatieve, dient te worden gestopt.

De overheid moet stoppen het virtueel beeld van een overbetaalde, corrupte, niet competente artsengroep te voeden. Dit heeft slechts als bedoeling het eigen falen in de responsabilisering van de patiënt te verdoezelen.



## Hoge investeringskost

De vestiging van onze afgestudeerden dient met alle mogelijke middelen vergemakkelijkt te worden. De nog steeds heersende plethora moet afgebouwd worden tot een niveau waarbij de huisarts voldoende contactmogelijkheden krijgt om medische verworvenheden te blijven trainen en onderhouden. In het bijzonder moet er getracht worden het financiële risico van de investering in de opbouw van een praktijk tot een minimum te herleiden. Het verwerven van patiënteel mag geen bijzondere belasting vormen. De levensomstandigheden en het werkritme moeten naargelang het praktijktype aangepast worden aan de heersende normen in de maatschappij. De energie die nu door de plethora verspild wordt aan de concurrentieattitude tussen de huisartsen moet omgebogen worden in een positieve houding van samenwerking en ondersteuning in de eerste lijn.

Rekening houdende met bovenstaande opmerkingen moeten er voor jonge geneesheren mogelijkheden gecreëerd worden om het huisartsenberoep uit te oefenen:

- Met voldoende kans op praktijkontwikkeling en behoud van medische kennis.
- Met voldoende financiële remuneratie.
- Met een geringe kans op financieel débacle door gebrek aan voldoende patiënten.
- Met een lage investeringskost.

Vestiging dient gefaciliteerd te worden:

- Er is nog altijd een plethora. Cijfers liegen niet: we zijn de koplopers van Europa.
- In de toekomst moet de plethora afgebouwd worden.
- De jonge arts moet voldoende patiëntcontact mogelijkheden krijgen om de medische verworvenheden te blijven trainen.
- Sociale levensomstandigheden en werkritme moeten ook voor huisartsen aangepast zijn aan heersende normen in de maatschappij; hierbij houden we rekening met de specifieke eisen door de vervrouwelijking van het beroep.
- Concurrentie omvormen naar een positieve attitude tot samenwerking.

Voor de oudere, uittredende huisarts moet pensioen financieel haalbaar en aantrekkelijk worden.

- **Jarenlang betaalt de huisarts in zelfstandigenstatuut de hoogste bijdrage voor de laagste return: onevenwicht ten opzichte van andere vrije en zelfstandige beroepen.**



- **Het bij pensionering ontvangen bedrag overstijgt bij een huisarts nauwelijks het minimum bruto overlevingspensioen.**
- **Door de lange studieduur is een volledig wettelijk maximum bruto rustpensioen onmogelijk op 65 jaar.**

Gezien de studieduur van tenminste 7 jaar (nu 9) zijn de artsen niet in staat als zelfstandige een volwaardig maximum bruto rustpensioen te verwerven op de leeftijd van 65 jaar. Want de studiejaren komen niet in aanmerking voor de berekening van het pensioenbedrag. Samen met het amper uitstijgen van het pensioenbedrag boven het minimum bruto overlevingspensioen is er de fundamentele benadeling van de arts door de lange studieduur die dient aangeklaagd en gecorrigeerd te worden.

- **De conventiebijdragen dekken het tekort aan pensioen niet door de noodzaak aan sociale dekking op andere domeinen.**

Het bedrag dat door de overheid uitgekeerd wordt in het kader van de conventie, kan aangewend worden voor een bijkomend pensioen. Maar het zou ook moeten dienen om een gewaarborgd inkomen, een hospitalisatieverzekering, verzekering kleine risico's etc. te dekken. Het is dus duidelijk dat dit bedrag al jaren ruim onvoldoende is om een pensioenopbouw te verzekeren. Een huisarts kan bij stopzetten van zijn/haar activiteiten niet verder leven conform zijn/haar maatschappelijk verdiende status. Daarom blijven vele artsen ook nog jaren na hun 65<sup>ste</sup> verjaardag actief. Ze zijn anders financieel niet in staat in de noodzakelijke behoeften, conform hun status, te voorzien.

- **Pseudo-zelfstandigenstatuut met jarenlange niet aanpassing van het huisartsinkomen aan de stijging van de levensduurte leidt tot gebrek aan pensioenvorming.**

Door de huisarts jarenlang een functie als ambtenaar te laten vervullen in een statuut van zelfstandige, waar de vergoedingen gefixeerd door de conventie niet aangepast werden aan de reële wijzigingen in de levensstandaard, en doordat de feitelijke normering van de honoraria niet gecompenseerd wordt door een sociale bescherming, worden de huisartsen in een keurslijf gedwongen van pseudo-zelfstandige met de nadelen van het zelfstandigenstatuut zonder de voordelen van het zwartwerk (nu officieel toegegeven sinds de fiscale amnestie).

Ze verkeren zo in een minderwaardige positie ten opzichte van andere zelfstandigen en vrije beroepen. Daar geldt geen normering van het inkomen. Daar beschermt dikwijls een vestigingwet de betrokkenen tegen inkomensverlies. Zodoende wordt door de overheid het noodzakelijk vergaren van een reserve bij stopzetten van een huisartsenpraktijk bemoeilijkt of verhinderd.

Het systeem van conventie plaatst de huisarts in een oneerlijke positie. Hij/zij moet kiezen tussen de eigen voorspoed en het welzijn van de patiënten, tussen



betaalbaarheid van de gezondheidszorg voor de patiënten en aanpassing van het eigen inkomen. Deze gijzelingssituatie werd door de overheid jaren aangehouden, steunend op de door haar mee georganiseerde plethora.

- **De door overheid gewilde plethora leidt tot een gebrek aan mogelijkheden tot pensioenvorming.**

De overheid heeft de plethora gecreëerd en geïnstitutionaliseerd. Zo werd het inkomen van enkele generaties huisartsen ernstig gedevalueerd. Zij waren (of zijn) daardoor niet in staat, zoals vorige generaties huisartsen, voldoende spaarmiddelen te vergaren om zo een aanvulling van hun laag pensioenbedrag te realiseren.

Voeg daarbij dat vele huisartsen tot in de jaren '70 naast hun taak als geneesheer nog een apotheek beheerden. Bedenk dat heel wat omnipracticci in die tijd nog een belangrijke som voor overname van het patiënteel moesten betalen. Door de democratisering van het onderwijs kan de huidige generatie huisartsen niet meer terugvallen op bestaande familiekapitalen.

Het is dus begrijpelijk dat de problematiek van de huidige generatie huisartsen die op pensioen gaat, niet te vergelijken is met de situatie van de vroegere oude garde.

- **Het om den brode langdurig rekken van de huisartscarrière door oudere collega's maakt het startende jongeren extra moeilijk om financieel te overleven.**
- **Praktijkovername wordt door het dalend aantal geïnteresseerde jonge collega's schier onmogelijk.**

Het is duidelijk dat in steeds hogere mate oudere huisartsen hun praktijk niet meer kunnen overlaten aan jonge collega's. Maar zeker heerst ook bij de jeugdige generatie de angst om een praktijk over te nemen, omdat ze aan de universiteit vernemen dat alleen een groepspraktijk nog toekomst heeft.

Het gebrek aan toekomstvisie in het huisartsenberoep en de angst voor de impact op het sociale en familiale leven zijn andere oorzaken van de verminderde interesse voor het verwerven van een bestaande praktijk.

- **Door een gewijzigde maatschappijvisie van de jongere generatie geneesheren, die gerechtvaardigde eisen stelt wat betreft sociale en familiale aspecten, zullen er meer huisartsen nodig zijn om de noodzakelijke taken uit te voeren voor een zelfde, maar steeds grijzer wordende populatie.**

Op dit ogenblik presteren vrouwen, mede door hun andere taken, minder uren als huisarts. Daarenboven zijn er de natuurlijke, onafwendbare factoren zoals zwangerschap, bevalling, etc. ... .



De huidige generatie mannelijke en vrouwelijke huisartsen accepteren een werkschema van 24h/24h niet meer, en dit wordt algemeen aanvaard door de maatschappij. Ze eisen terecht een gedeelte van hun tijd op voor hun familiaal en sociaal leven

De frequent gangbare regeling dat +55 jarigen minder wachtdiensten moesten presteren, werd in vele streken ingetrokken. Want anders functioneerde de wachtdienst niet meer. Het beleid zal tijdig maatregelen moeten nemen om de situatie voor de bevolking aanvaardbaar te maken.

- **Zowel voor de oudere als voor de jongere collega wordt op deze wijze de basis gelegd van één van de verschillende pijlers die noodzakelijk zijn om een vlotte pensioenopbouw in de huidige omstandigheden van het huisartsenberoep te verzekeren.**

#### **DOOR HET AAN ELKAAR LINKEN VAN**

**“Voor de jonge, startende arts moet het huisartsberoep terug aantrekkelijk worden”**

**EN**

**“Voor de oudere, uittredende huisarts moet pensioen financieel haalbaar en aantrekkelijk worden”**

**KAN EEN WIN - WIN SITUATIE GECREËERD WORDEN VOOR DE GANSE HUISARTSENHEMEENSCHAP**

Vestigingswetten hebben in het verleden daartoe hun deugdelijkheid niet bewezen (vb. de apothekers). Ze zijn uiterst asociaal door het uitsluiten van minder kapitaalkrachtige maatschappijgroeperingen.

Daarom geloven wij ook ten stelligste in een methode die

- o de in- en uitstroom van het huisartsenberoep regelt en tegelijkertijd het probleem van de plethora aanpakt.
- o door een eenheidsvereniging gecreëerd en gemanaged wordt.
- o in eerste instantie gefinancierd wordt door terugbetaalbare voorschotten van de overheid, die op lange termijn enkel de intrestenlasten over een periode van tien jaar moet dragen. Het gaat hier voor de overheid om een zeer kleine investering met een zeer grote return.

#### **Realisatie:**

- Alle praktijken worden in Vlaanderen (België) officieel geregistreerd en in kaart gebracht. Het type praktijk (solo, duo-, groepspraktijk, etc.) en het werkingsgebied (landelijk - stadspraktijk) worden vastgelegd samen met de functie van de arts(en) die er zijn/haar (hun) praktijk in heeft (hebben) (fulltime, parttime, etc. ...).
- Het GMD wordt uitgebreid tot de ganse patiëntenpopulatie.



- Op de leeftijd van 65 jaar krijgt de huisarts het maximum bruto rustpensioen uitgekeerd.
- De huisarts die zijn/haar praktijk stopzet, geeft twee jaar voor de pensionering (of beëindiging om andere redenen) te kennen dat hij/zij zelf geen opvolging voor de praktijk voorziet.
- Hij/zij stelt de praktijk ter beschikking van een stuurgroep die de in- en uitstroom van de huisartsenpraktijken regelt.

Door een stuurgroep in een eenheidsvereniging wordt in samenspraak met de lokale huisartsenkring:

- Een regioquotient bepaald: een minimum en een maximum patiëntenpopulatie per huisartsenpraktijk wordt vastgelegd.
- Waar een plethora heerst, tracht men die teniet te doen, waar er een huisartsentekort is tracht men dit bij te sturen.
- De praktijk ter beschikking gesteld van de pool van afstuderenden die op dat ogenblik de specialisatie huisarts kiezen.

Na toewijzing vervullen de jonge, toekomstige huisartsen het laatste jaar van hun haio-opleiding bij de collega wiens praktijk ze gaan overnemen, onder auspiciën van de academische centra en van de stagemeesters in de lokale kring.

#### De stoppende arts

- ontvangt als vergoeding het bedrag van het GMD x het aantal GMD patiënten in zijn praktijk bij stopzetten x 5, toegekend in één niet belastbaar bedrag als extra pensioenbijdrage.
- stelt zijn praktijkruimte te huur voor de startende huisarts.
- maar de startende huisarts is niet verplicht de praktijkruimte te huren.

#### De startende huisarts

- krijgt bij het behalen van zijn erkenning als huisarts de beschikking over het volledige inkomen uit de ganse patiëntenpopulatie.
- krijgt gedurende vijf jaar lang het GMD bedrag niet uitgekeerd (tenzij voor nieuwe patiënten).
- krijgt vanaf het zesde jaar de volledige inkomsten van de huisartsenpraktijk, GMD inclus.



De GMD vergoeding van de praktijken die niet verder gezet worden om reden van plethora, worden identiek met dit systeem geregeld.

De collega's die patiënten afkomstig van de stopgezette praktijk als vaste patiënt krijgen, ontvangen de eerste vijf jaar geen GMD vergoeding.

### **Wat realiseren we in deze operatie?**

- De continuïteit in de zorgverlening op de eerste lijn wordt gegarandeerd.
- Er kan een centrale planning en prospectie gevoerd worden naar jonge artsen, gezien een zinvolle taak en een degelijk inkomen gegarandeerd aanwezig zijn. Daarbij is er steeds een duidelijke kijk op de praktijken die gaan vrijkomen en op de plaatsen die moeten ingevuld worden.
- De jonge arts krijgt de vrije keuze in de praktijkvoering die hij/zij wenst, zonder extra druk buiten het uitoefenen van het beroep (financiële beslommeringen, vinden van partners etc.) Praktijkvormen kunnen naar believen omgebouwd worden: solopraktijken naar duopraktijken, naar groepspraktijken, samenwerkingsverbanden en omgekeerd...
- De jonge arts zonder inkomen wordt niet verplicht een zware financiële investering te verrichten.
- De jonge arts wordt van bij de start een goed inkomen gegarandeerd.
- De jonge arts krijgt de kans zich geleidelijk in te werken in de eigen praktijk onder auspiciën van de oudere collega.
- Na 5 jaar kan de jonge arts zonder financieel verlies de praktijk terug ter beschikking stellen van de pool van een eenheidsvereniging of zelf voor opvolging zorgen, wat de druk op de keuze van carrièreplanning aanzienlijk vermindert.
- Het risico op plethora in de toekomst wordt gecounterd.
- Ongezonde concurrentie op basis van plethora wordt vermeden.
- Bij de jonge collega wordt de angst voor concurrentie met de bestaande artspraktijken grotendeels weggenomen.
- De oudere arts moet zich geen zorgen maken over de overname van de praktijk. Deze stoppende collega kan op een deontologisch correcte manier alle inlichtingen over de praktijkpatiënten aan de opvolger bezorgen en de jonge dokter bij de patiënten introduceren.
- De pensionerende collega ontvangt een vergoeding. Zo wordt een gedeelte van het in de loop van de carrière ontstane tekort opgevuld en kan toch nog een deftig pensioenbedrag bereikt worden.



Het veralgemenen van een goede in- en uitstapregeling is trouwens een noodzakelijk maatschappelijk gegeven eigen aan alle beroepen. Zoals in Nederland dreigt er in de toekomst, bij onvoldoende instroom van jongere huisartsen, een probleem te ontstaan om de bevolking verder te voorzien van een degelijke eerstelijns gezondheidszorg, waarbij oudere omnipractici moeilijk hun activiteiten kunnen stoppen. Het is als huisartsen onze taak de overheid erop te wijzen dat de problemen niet moeten opgelost worden als ze zich stellen, maar dat ze preventief moeten aangepakt worden. Het creëren van een plethora is maatschappelijk te veroordelen. Maar het veroorzaken van een tekort is even verwerpelijk voor de patiënten die recht hebben op een goede gezondheidszorg met een lage drempel. Het gevaar van een absoluut te vermijden twee sporen gezondheidszorg dreigt te ontstaan in de komende jaren.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

---

## STAP 4

---

**Het erkennen en valoriseren van de huisartsenkringen in het sturen en evalueren van de lokale situatie van de gezondheidszorg op de eerste lijn, in de contacten met de tweede en derde lijn, in het creëren van een overleg met patiëntenorganisaties.**

---

- Maatschappelijk valoriseren van de erkende kring als het centrum van de lokale huisartsenwerking.
- Middelen ter beschikking stellen om via informaticanetwerken en centrale servers patiëntendossiers te verzamelen. Deze (kern)dossiers zijn op die manier beschikbaar voor wachtdiensten en permanentie. Dit legt reeds een basis voor het toekomstige huisartsenkenniscentrum.
- De kring is de basis van democratische top-bottom en bottom-up werking van een eenheidsvereniging.
- Het centrum van lokale kwaliteitsanalyse en -bevordering.
- De basis van gecoördineerde preventieacties.
- De organisator van alle permanentie en wachtdiensten.
- Het contactpunt van de eerste met de tweede en de derde lijn.
- Het contactpunt van de bevolking bij klachten of desiderata.

[Terug naar inhoudsopgave](#)



## STAP 5

---

**Het creëren van lokale netwerken van avond- en weekendwachtdiensten, met het centraal ter beschikking stellen van elektronische dossiers aan de dienstdoende arts via een elektronisch kaartsysteem dat eigendom is van de patiënt.**

---

Laat ons niet van alle kruidenierswinkels supermarkten maken, maar netwerken van kruidenierswinkels creëren. De eigenheid van de huisartsenpraktijk is ook en vooral de persoonlijke relatie arts - patiënt. Elke grootschaligheid verbreekt deze band in min of meerdere mate. De basis van samenwerking via netwerken is de informatica, want teamwork kan niet zonder een zekere mate van gemeenschappelijk gebruik van bepaalde patiëntgebonden informatie.

Intercollegiale coöperatie kan onder de vorm van samenwerken of samen werken. Beiden kunnen en moeten elektronisch ondersteund worden.

Voor de eerste finaliteit, een echte continuïteit van de zorgen, is er noodzaak aan het delen van de onontbeerlijke patiëntengegevens.

Voor de tweede finaliteit, samen verstrekken van de zorgen via associatie, groepspraktijk of wijkgezondheidscentrum, is er noodzaak aan een samenvoegen van alle patiëntengegevens.

Voor beide vereisten volstaat een centrale server, beheerd door de huisartsenkring.

- Hoeveelheid gegevens kan functie zijn van de intensiteit van de samenwerking (enkel officiële wachtdiensten, voor elkaar inspringen, etc. ...).
- Alleen recente/actuele/belangrijke gegevens: geen overload aan informatie.
- Elkeen kan het eigen EMD gebruiken.
- Elkeen bepaalt zelf wat wanneer gedeeld wordt: niet alle gegevens moeten voor iedereen beschikbaar zijn.
- Samenwerking is vrij.
- Zeer beperkte tot geen investering vereist.
- Gegevens beschikbaar anywhere, anytime.

Wat is de essentie?

- Dat diegene die zorgen moet verlenen over voldoende gegevens beschikt om dit optimaal te kunnen doen.



- Dat diegene die de verantwoordelijkheid heeft over de gezondheid van de patiënt (GMD houder) kennis heeft van wat er gebeurd is tijdens diens afwezigheid.

### Kerndossier

- Te bepalen door wetenschappelijke verenigingen en academische centra in overleg met huisartsen en softwareproducenten (labelingscommissie).
- Verplicht op te leggen via erkenningcriteria software.
  - o Antecedenten (diagnostisch / heelkunde).
  - o Medicatie (producten /magistrale bereiding).
  - o Allergieën.
  - o Huidige (actieve) pathologie (diagnose, problemen).
  - o Zwangerschap.
  - o Risicofactoren.
  - o Immunisatie

### Mogelijkheden van gebruik van kerndossier

- Raadplegen.
- Afdrukken (om mee te nemen).
- Download en integratie in
  - o Ziekenhuisdossier.
  - o Huisartsdossier.
- Geven van commentaar.

Export kerndossier wordt is voor [alle gehomologeerde pakketten](#) beschikbaar. De softwarepakketten volgen de trend naar samenwerken en werken ook samen. Altijd zorgen dat de leiding geschiedt door de huisartsen zelf: beter in eigen beheer.

Fusie en delen van patiëntengegevens wanneer de groepsbenadering de doelstelling is.

Afhankelijk van:

- Intensiteit van de samenwerking: hoe intenser de samenwerking, des te meer is een fusie verantwoord.
- Stabiliteit van de samenwerking: fusie is enkel verantwoord voor een stabiele samenwerking.

### Realisatie:

**Impulseo-X**

Een model voor alle huisartsen



- Is snel te verwezenlijken mits de faciliteiten aanwezig zijn. Het volstaat om centrale servers te installeren en te beheren in elke huisartsenkring.
- Laat iedereen functioneren op vrije basis: vrijwillig in- en uittreden in het systeem.
- Is goedkoop.
- Laat belangrijke verbetering van levenskwaliteit toe: avondwachten, praktijkvervangingen, ziekte, verlof, etc. ... .
- Gebeurt al in beperkte mate in bepaalde regio's.

### **Andere Voordelen:**

- Laat toe om praktijkhulp via de server te centraliseren.
- Is onafhankelijk van praktijktype.
- Secretaresse kan via server afspraken maken met specialisten.
- Communicatie met tweede en derde lijn.
- Onderlinge communicatie.
- Basis voor oprichting van eerstelijns netwerk over het hele land.
- Basis voor kenniscentrum van en voor huisartsen.
- Behoudt de fiscale voordelen van de praktijk aan de woning.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

---

## STAP 6

---

**Afbakenen van het terrein waarop huisartsen functioneren.**

**Constructieve basis voor samenwerking eerste en tweede lijn creëren.**

**Objectieve evaluatie van projecten op basis van kosten-baten analyse.**

---



## **Afbakenen van het terrein waarop huisartsen functioneren**

- Er moet een duidelijke bevoegdheidsomschrijving komen van het exclusief domein van de huisartsfunctie.
- Er moet een duidelijke bevoegdheidsomschrijving komen van het facultatief domein van de huisartsfunctie.
- Conventionele en alternatieve vormen van huisartsgeneeskunde moeten gescheiden worden in tijd of in locatie of in beiden.

Het werkterrein beschermen kan op **twee manieren**:

### ***Eerste manier: Door het eigen terrein af te bakenen.***

Zorg er dan voor dat jouw product, de huisartsgeneeskunde, aan volgende eisen voldoet : Kwaliteit, Continuïteit, Bereikbaarheid, naast Context- en individugerichtheid.

Blijkbaar hebben we daaraan de vorige jaren te weinig aandacht besteed. Onze patiënten lopen naar verpleegsters, alternatievelingen, extramurale specialisten, poliklinieken, spoeddiensten, ziekenhuizen.

De cijfers voor klinische biologie, farmaca, thuisverzorging, etc. bewijzen dat onze patiënten er ondertussen niet echt gezonder op geworden zijn.

### ***Tweede manier: Door ergens anders terrein te gaan “heroveren”.***

We kunnen eisen dat zorg in de toekomst volgens het subsidiariteitsbeginsel verstrekt wordt. Wij houden ons bezig met een aantal zaken die in andere landen gedaan worden door secretaresses, verpleegkundigen en praktijkassistenten. Onze spoedartsen, gynaecologen, pediaters, internisten, geriaters, orthopedisten en andere specialisten verstrekken eerstelijns geneeskunde.

Door optimale huisartsenzorg te bieden (Kwaliteit, Continuïteit, Bereikbaarheid, Context- en Individugerichtheid) kunnen we proberen om verloren terrein terug te winnen, want aan deze opgesomde eisen kan alleen de huisartsgeneeskunde voldoen!

Uiteraard moet er dan eerst een vernieuwende kijk op het beroep gerealiseerd worden. De maatschappij en de arts krijgt de beschikking over de keuze tussen:

- fulltime solohuisartsen.
- netwerken van soloartsen in alle vormen.
- duo praktijken.
- groepspraktijken.
- wijkgezondheidscentra.

Maar er wordt tegelijkertijd over gewaakt dat de kostprijs van deze diverse vormen met elkaar te vergelijken zijn. Een kosten - baten analyse dient permanent te



geschieden om geen onverantwoorde shift van gemeenschapsmiddelen te doen ontstaan.

Parallel moeten netwerken gecreëerd worden van

- deeltijdse arbeid als huisarts.
- wetenschappelijk medewerker.
- vorser in de farmaceutische industrie.
- huisartsen in administratieve dienst.

In de huidige maatschappijvisie, waar het niet meer evident is om een ganse loopbaan hetzelfde werk te doen, biedt dit ongetwijfeld heel wat mogelijkheden.

### **Constructieve basis voor samenwerking eerste en tweede lijn creëren**

Intense samenwerking tussen huisartsen en specialisten is noodzakelijk via:

- Zorgpaden, met welomschreven toewijzing van functie aan de verschillende niveaus.
- Huisartsen aanwezig op medisch bestuur van ziekenhuizen, specialisten aanwezig op bestuur huisartsenkring via delegatie.
- Educatief en kwaliteitsbevorderend samenwerken: vb. protocolleren van spirometrie met controle door pneumoloog, preconceptieonderzoek bij huisartsen.

### **Objectieve evaluatie van projecten op basis van kosten-baten analyse**

Op welk niveau bepaalde preventieve en andere acties naar de bevolking worden gevoerd, dient op een objectief wetenschappelijke manier, rekening houdend met de economische impact, bij voorbaat door een paritaire commissie van huisartsen en specialisten uitgemaakt.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

---

## STAP 7

---

**Het ter beschikking stellen van een volwaardig sociaal statuut:**

- door solidariteitsstelsel voor en door de huisartsen.
  - één forfait, losgekoppeld van de conventiestatus, die een bijdrage van de maatschappij weergeeft voor de extra geleverde diensten van de huisartsen aan die samenleving.
  - pensioenbijdrage door overdragen van praktijk.
  - door de huisartsen zelf op te richten huisartsenreserve voor opvangen van patiënten bij ziekte, zwangerschap, verlof, etc. ... .
- 



## Door solidariteitsstelsel voor en door de huisartsen

Oprichting van een solidariteitsfonds door een klein bedrag per prestatie niet zelf te ontvangen maar jaarlijks via het RIZIV in een gemeenschappelijke kas te storten.

- Dit fonds subsidieert en betaalt de wedde van een huisartsenreserve die beschikbaar is voor ziekte, zwangerschapsverlof, etc. ... .
- Dit fonds herverdeelt de middelen om de nodige gewaarborgde inkomens te vrijwaren en invaliditeitsvergoedingen uit te keren.

## Één forfait, losgekoppeld van de conventiestatus, die een bijdrage van de maatschappij weergeeft voor de extra geleverde diensten van de huisartsen aan die samenleving

De wijze waarop ons vrij beroep onderworpen wordt aan de nadelen van de status van zelfstandige én aan de nadelen van de loontrekkende is wraakroepend.

Dit pseudo-zelfstandigenstatuut werd ons 'stoemelings' opgedrongen door de overheid. Het bij conventie toegekend sociaal statuut is veel te laag om een voldoende sociale bescherming te bieden, maar het wordt wel gebruikt om de huisarts te binden aan tarieven die niet toelaten zelf een behoorlijk sociaal statuut te verwerven.

Revalorisatie van de huisarts zou kunnen bestaan in een financiële compensatie door de overheid voor de economische bijdrage die wij leveren ten aanzien van de maatschappij:

- Het organiseren van wachtdiensten in het weekend.
- Het verzorgen van permanentie in de week, tijdens de avonden en 's nachts.
- Het organiseren van avondraadplegingen, die de industrie toelaten dat haar personeel zich buiten de werkuren laat verzorgen.
- Constante bijscholing en LOK vergaderingen.
- Vrijwillig onbezoldigd deelnemen aan overdreven administratieve rompslomp.
- Als enig onbezoldigde bijwonen van allerlei overleg.
- Mee ondersteunen van de sociale verworvenheden voor de patiënten.

De telling van de geconventioneerden wordt sinds jaar en dag gemanipuleerd door hierin onechte huisartsen te betrekken. Dit moet nu eindelijk stoppen door het creëren van een positieve conventie met een actieve aansluiting van wie dat wenst. Het is nodig dat er een degelijke financiële renumneratie geboden wordt om in dit systeem te stappen.

Mogen we erop wijzen dat:



- onze Franse collega's een sociaal statuut ontvangen dat een vijfvoud is van het onze.
- de studie van het uurloon van de huisarts nog steeds niet opnieuw uitgevoerd werd door de minister, zodat de resultaten dus nog steeds niet weerlegd zijn.
- de onverdachte Nederlandse studie aantoonde dat de verloning van de Belgische huisarts tot de tweede laagste van Europa behoort.
- de lage kostprijs van het gezondheidssysteem in ons land enkel mogelijk is dank zij de onderbetaling van de eerste lijn, in het bijzonder van de huisartsen.

### **Pensioenbijdrage door overdragen praktijk**

Zie Stap 3.

### **Door de huisartsen zelf op te richten huisartsenreserve voor opvangen van patiënten tijdens ziekte, zwangerschap, verlof, etc. ...**

- De zieke collega ontvangt 60% van de inkomsten van de vervanger + de bijdrage van het gewaarborgd inkomen, maar staat in voor de kosten van de praktijkvoering.
- De reservehuisarts wordt betaald met een vaste wedde + een percentage van 25% op de geleverde prestaties bij vervangingen.
- Bij vervangingen voor verlof of wachtdiensten wordt dit bedrag 60% voor de vervanger en 25% voor de betrokkene.
- De reserve kan bestaan uit parttime artsen, pas afgestudeerde artsen en gepensioneerde artsen die wensen actief te blijven.
- Huisartsen kunnen vrijwillig toetreden tot de pool aan een forfaitbedrag per dag + 25% van de geleverde prestaties (vb. gepensioneerde huisartsen).
- Huisartsen die in deze reserve twee jaar tewerkgesteld geweest zijn, krijgen voorrang bij het toewijzen van een praktijk.
- Telkens 15% gaat naar de gemeenschappelijke kas voor werkingskosten.
- De reserve zorgt ervoor dat de financiële druk op de tegemoetkomingen beperkt blijft en zorgt voor geleidelijke in- en uitstap van artsen in het beroep, wat een dubbele win - win situatie is.

**Ander Gebruik Gemeenschappelijke Sociale Kas:**



- Uitbouw van een kinderoppasdienst door de huisartsen zelf.
- Vergoedingen voor kinderoppas tijdens wachtdienst bij huisartsenkinderen tussen 0 en 12 jaar.
- Financiële ondersteuning van alleenstaande huisartsen met kinderen voor kinderopvang.
- Ondersteunen van huisartsen met ernstige financiële problemen door ziekte of ongeval.
- Steunpilaar voor uitbouw pensioen.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

---

## STAP 8

---

**Het creëren van een eenheidsvereniging, met syndicale-, wetenschappelijke-, media- en huisartsenkring-vleugel, gedragen door een brede basis, waarbij de diversiteit binnen het huisartsenmilieu democratisch naar het beleid vertaald wordt door consensusovereenkomsten.**

---

Voor de artsen van het SVH moet de eenheidsvereniging een globale eenheidsstructuur worden, die de basis van de huisartsen vertegenwoordigt in al haar geledingen.

De basisidee van deze eenheidsvereniging is het vormen van een geïntegreerde structuur met diverse pijlers: de democratische kringpijler, de wetenschappelijke pijler, de administratieve pijler, de syndicale pijler en de mediapijler.

De democratische kringpijler: democratische besluitvorming, vertrekkende vanuit de kringen en uitmondend in een parlement.

De administratieve pijler met boekhoudkundige en juridische ondersteuning voor alle huisartsen, met onder andere uitbouw van een tarificatiedienst.

De wetenschappelijke pijler waar huisartsengegevens verzameld en wetenschappelijk verwerkt worden met als doel de huisarts beter te laten functioneren in de maatschappij. Aan de overheid worden de gegevens bezorgd die noodzakelijk zijn voor de uitbouw van een goede gezondheidszorg.

De syndicale pijler moet dienst doen als uitvoerend orgaan naar de overheid en de maatschappij. Als onderhandelaar in de verschillende organen die beslissen over de



gezondheidszorg moet deze pijler kunnen beschikken over professionele mensen, die de beroepsverdediging ten volle waar kunnen maken.

De mediapijler met professioneel getrainde mensen en professionele ondersteuning is gericht naar de media met alle facetten daarvan. Het beeld van de huisarts en zijn functioneren binnen de maatschappij wordt van hieruit overgebracht naar de audiovisuele en geschreven pers.

Het ideeëngoed van een eenheidsvereniging zal te allen tijde trachten een weerspiegeling te zijn van wat leeft bij de brede basis van de praktiserende huisartsen, maar het moet tevens een klankbord zijn voor minoriteiten.

In alle beslissingen zal maximaal getracht worden rekening te houden met de existentiële diversiteit binnen de huisartsengroep. Steeds zal geprobeerd worden beslissingen en ideeën dermate te oriënteren dat elke subgroep maximaal aan haar trekken komt. Voor elke ideologie of gedachtegoed moet er ruimte zijn naast mekaar.

De basisfilosofie van het SVH bestaat uit het gericht en democratisch verzamelen van alle ideeën die bij de huisartsenbasis over een probleem leven. Er wordt gezamenlijk naar een oplossing gezocht, bij consensus of met behoud van het bestaande ideeëngoed. De bekomen oplossing wordt, alvorens haar te implementeren, terug aan de basis ter goedkeuring voorgelegd.

De eenheidsvereniging is dus een eenheidsstructuur, waarin elke huisarts zich moet kunnen thuis voelen. Zoveel mogelijk zal getracht worden om, vanuit een consensus binnen de groep, de belangen van de huisartsen naar buiten uit te behartigen. Het kamp denken tussen links en rechts uit het (vooral syndicaal) verleden mag niet in de toekomst worden doorgetrokken. Wij zijn erg blij dat er een gevarieerd gedachtegoed in ons huisartsenbestel aanwezig is. Ook het SVH bestaat uit mensen van diverse strekkingen, zowel politiek, syndicaal, qua praktijkvoering, qua geloofsovertuiging, en wij zijn daar fier op.

Het is de bedoeling om alle competentie welke eerder aanwezig was in UHAK, VHP, WVVH, VHNI, UHAK, VHP, SVH, de huisartsenvleugels van VAS en ASGB te laten samenvloeien in één structuur, om in een eenheidsvereniging alle standpunten van de huidige beroepsorganisaties verenigd te zien en geen knowhow of deskundigheid te zien verloren gaan. Hierbij wordt uiteraard rekening gehouden met zoveel mogelijk gevoeligheden van de huidige en toekomstige actoren in deze organisaties.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

---

## STAP 9

---

**Het betrekken van de basis van de huisartsen in de opleiding van jonge omnipractici. Het incorporeren van het doorlopen van de verschillende praktijkvormen in de opleiding.**

---

Het is in elk goed functionerend bedrijf zo dat de groei en de voortdurende vernieuwing en kwaliteitsverbeteringen ervan voor een groot deel samenhangen met



de feedback van de basis naar het management en ook met de respons die door dit management aan die signalen gegeven wordt.

De universitaire centra, belast met de opleiding van de huisartsen, hebben echter via het ICHO een kunstmatig beeld van het huisarts- functioneren opgehangen. Dit model valt slechts gedeeltelijk samen met de maatschappelijke realiteit van het functioneren als huisarts. Daarenboven hebben ze zich op die wijze volledig geïsoleerd van een groot deel van de basis. Ze zijn er niet in geslaagd om via permanente contacten een kruisbestuiving, heilzaam voor alle partijen, te onderhouden.

Ze hebben zich integendeel meer en meer, via allerlei contacten en studies die noodzakelijk zijn voor het financiële management van de opleidingscentra, naar de overheid geprofileerd als de belichaming van de modale huisarts. Hun gedachtegoed staat daar echter mijlenver van af.

We vragen onze competente Vlaamse professoren zich terug bezig te houden met de core-business van hun werk: de wetenschappelijke onderbouw van de huisartsenfunctie.

We vragen goede contacten van de opleidingscentra met de huisartsen van de basis, waardoor tekortkomingen in de opleiding kunnen bijgeschaafd worden ten gunste van onze toekomstige collegae.

We vragen hen terug meer oog te hebben voor de technische ondersteuning van de huisarts in zijn primitieve veldsituatie.

Maar vooral vragen we hen zich niet politiek of ideologisch te profileren en onbevooroordeeld wetenschappelijke vorming te geven aan onze toekomstige collegae.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

---

## STAP 10

---

**Het uitwerken van een democratisch communicatiesysteem binnen de huisartsengroepering vanuit een eenheidsvereniging. De oprichting van een eigen huisartsen-kenniscentrum, waar alle informatie over de huisartsgeneeskunde verzameld wordt.**

---

### **Het uitwerken van een democratisch communicatiesysteem binnen de huisartsengroepering**

Om in alle omstandigheden de basis bij de besluitvorming te kunnen betrekken en een maximale democratische werking te verzekeren, is het absoluut noodzakelijk dat die eenheidsvereniging een goed uitgebouwd communicatiesysteem bezit.



Dit kan met de huidige elektronische mogelijkheden geen probleem vormen. Via dit systeem kunnen mededelingen worden gedaan, enquêtes en verkiezingen worden georganiseerd. De kringen kunnen hierin uiteraard als tussenstation fungeren.

## De oprichting van een huisartsen-kenniscentrum

### Waarom een Huisartsenkenniscentrum?

- Overheid en mutualiteiten beschikken over onze prestatiegegevens.
  - De huisartsen zijn dus afhankelijk van de overheid indien ze inzage willen hebben in hun eigen prestatiegegevens.
  - De huisartsen ontvangen deze informatie steeds met een aantal jaren vertraging.
- Zowel overheid als mutualiteiten azen op onze klinische gegeven om ze te kunnen linken aan de prestatiegegevens.
- Naar analogie met de Minimale Klinische Gegevens in de ziekenhuizen wil de overheid zoveel mogelijk het klinisch handelen van de huisartsen controleren en bepalen (responsabiliseren en sanctioneren?) onder het mom van noodzakelijke besparingen.
- Evolutie naar een gezondheidsbeleid dat voornamelijk economisch geïnspireerd is zonder contact met de realiteit van het veld.
- Het geheel aan klinische gegevens die door de huisartsen worden geregistreerd, bevat een enorme wetenschappelijke waarde die momenteel door de huisartsen niet benut wordt.

### Doel van het Huisartsenkenniscentrum.

- Door middel van een unieke verzameling van klinische gegevens in eigen beheer de huisarts incontournable maken als onderhandelingspartner binnen de gezondheidszorg.
  - Controle bewaren over onze eigen klinische en prestatiegegevens.
  - Voorkomen dat deze gegevens misbruikt worden tegen onszelf, ten voordele van de tweede en derde lijn.
- Degelijk en actueel cijfermateriaal ter beschikking kunnen stellen van de huisartsenberoepsverdediging.
- Peer to peer review mogelijk maken in plaats van restricties opgelegd te krijgen door de overheid.



- Pro-actieve deelname van de huisartsenberoepsgroep aan het beleid rond een kwalitatief hoogstaande, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek met gegevens uit de eerste lijn.

### **Aan welke eisen dient het Huisartsenkenniscentrum te voldoen?**

- Georganiseerd door huisartsen voor huisartsen.
- Centraal verzamelpunt voor geanonimiseerde klinische gegevens uit de eigen beroepsgroep.
- Centrum dat goed onderbouwde argumentatie aanreikt aan de beroepsverdediging door analyse van de verzamelde geanonimiseerde klinische gegevens.
- Onder leiding van een raad van bestuur van huisartsen.
- Onder toezicht van een onafhankelijke ethische commissie.
- Enkel huisartsen kunnen lid zijn.
- Gegevens, in het EMD geregistreerd, worden door een aparte softwareapplicatie geanonimiseerd, zodanig dat noch de huisartsidentificatie noch de patiëntenidentificatie kan teruggekoppeld worden. Daarna worden deze gegevens beveiligd (geëncrypteerd) en elektronisch verzonden.
- Het huisartsenkenniscentrum beschikt op deze manier over een centrale database met klinische gegevens van de huisartsen die deze data wensen toe te leveren.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

---

## **5. BESLUIT**

---

De toekomstvisie, zoals hierboven uitgetekend, biedt een uitstekende werkomgeving voor de huisarts, die erin moet slagen om een product af te leveren waarop de patiënt van het begin van de 21<sup>ste</sup> eeuw aanspraak mag maken.

Het beroep wordt voor jonge artsen aantrekkelijker door onder andere een betere verloning, een verminderde werkdruk, een verbeterde sociale zekerheid, een professioneler omkadering, een verbetering van het imago en een sterkere sociale positie van de beroepsgroep.

Maar het moet duidelijk zijn dat die toekomstvisie er niet enkel is voor de huisartsen, maar ook voor onze patiënten. Die patiënt moet in die toekomstvisie ook



"meer huisarts" vinden, willen we de neerwaartse spiraal waarin ons beroep zit nog kunnen ombuigen.

Dit besef moet tegelijkertijd het voornaamste argument vormen in de onderhandelingen met de overheid om dit project te realiseren: een goed georganiseerde, sterke eerste lijn levert betere kwaliteit aan een lagere prijs. Mensen worden er gezonder door indien de huisartsgeneeskunde goed functioneert ([cfr. Barbara Starfield](#)). Meer problemen kunnen worden aangepakt en opgelost in de eerstelijns geneeskunde, zodat minder patiënten in de duurdere tweede lijn terechtkomen.

Als de overheid overtuigd is van dit concept is de voornaamste hindernis naar de concretisering van deze toekomstvisie genomen.

[Terug naar inhoudsopgave](#)

---

## 6. Contactgegevens

---

Dr. Anne Leunens  
Woordvoester en contactpersoon SVH  
Zeuningestraat 6  
1570 Tollembeek  
Tel: 054 – 58 07 54  
E-mail: [anne.leunens@telenet.be](mailto:anne.leunens@telenet.be)

[Terug naar inhoudsopgave](#)

