



A. Uitgangspunten

1. WHO estimates that better use of existing preventive measures could reduce the global burden of disease by as much as 70%. (WHO - The World Health Report 2008: "Primary Health Care – Now More Than Ever" : ref. 9)

Toch wordt preventiebeleid in ons land nog steeds te weinig ondersteund. De OESO wees erop dat de overheid in ons land in 2003 minder dan 29 euro per inwoner spendeerde aan preventie, tegenover bijvoorbeeld 51 euro in Frankrijk, 57 euro in Nederland en 68 euro in Duitsland. Ook in eigen land wijzen de professoren Guy De Backer (U.Gent) en Jan Peers (K.U. Leuven) erop dat de overheid en de gezondheidszorg sterk gebaat is bij extra preventie. Om het aantal hartinfarcten en beroertes terug te dringen en het aantal hoogrisicopatiënten met 5 % te doen dalen, volstaat volgens De Backer en Peers een beperkte inspanning, wat binnen tien jaar al een jaarlijkse kostendaling van 100 miljoen euro zou opleveren. (ref. 8)

"Specialists may perform tasks that are better managed by general practitioners, family doctors, or nurses. This contributes to inefficiency, restricts access, and deprives patients of opportunities for comprehensive care. When health is skewed towards specialist care, a broad menu of protective and preventive interventions tends to be lost." (WHO - The World Health Report 2008: "Primary Health Care – Now More Than Ever" : ref. 9)

Preventie – en zeker **primaire preventie** – is bij uitstek een **1^{ste} lijnsaangelegenheid** en behoort tot de kern van het takenpakket van de huisartsen. Het ontbreekt hen echter aan de noodzakelijke structurele ondersteuning en werkingsmiddelen om een degelijk preventiebeleid te voeren voor alle patiënten.

Dit vereist een **efficiënte regie** van de zorg rond de patiënt. Correcte echelonering moet de patiënt de juiste weg wijzen. Door het ontbreken ervan worden te weinig patiënten bereikt voor de essentiële preventieve gezondheidszorg en worden teveel patiënten belast met overbodige onderzoeken en ingrepen. Primaire preventie in de 2^{de} of 3^{de} lijn (vb vaccinaties, cervixuitstrijkje, osteoporose,...) is orgaan- en niet patiëntgericht, en meestal te fragmentarisch en specifiek.

Het zorgaanbod, ook voor preventieve gezondheidszorg, en het databeheer ervan dienen geoptimaliseerd te worden. Coördinatie hiervan is een belangrijke taak voor de **kringen** (zie verder).

Financiering van preventieopdrachten dient dan ook te gebeuren via kanalen die de eerste lijn ten goede komen.

Hiertoe is een effectieve veralgemening van het **GMD** een basisvoorwaarde: het GMD wijst de patiënt de juiste weg en maakt coördinatie en financiering van de zorg rond de patiënt op een correcte wijze mogelijk (zie verder).

De patiënt mag evenwel niet afgeremd worden door financiële belemmeringen : daarom dient een **vrijwillige derde betalerregeling veralgemeend** te worden voor de ganse 1^{ste} lijnsactiviteit, en dient het remgeld tot de 1^{ste} lijn – dat in België tot de hoogste behoort – drastisch te worden vermindert.

Secundaire preventie kan een gezamenlijke opdracht zijn voor verschillende echelons. Dit vereist goede afspraken en een financiering die eerder thuishoort in het kader van de zorgtrajecten.

2. Daar waar het nut van een globaal preventiebeleid de evidentie zelf is , bestaat er **twijfel over de efficiëntie van systematische preventieve interventies vb. t.a.v. het globaal cardiovasculair risicobeheer zoals blijkt uit KCE rapport 52A (ref. 6). Systematische preventie, zoals die beoogd wordt met een x-jaarlijks preventieconsult schiet vaak haar doel voorbij. (Michaël Weingarten, Israël, op het recente WONCA congres in Istanbul (ref. 7).**

Bovendien weten huisartsen uit ervaring dat vooral patiënten uit de lagere sociale klasse - voor wie preventie eigenlijk nog belangrijker is - minder bereikbaar zijn via preventiecampagnes, en minder geneigd zijn in te gaan op een uitnodiging voor een geplande preventieconsultatie.



Visie van het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen

Preventie kan – zeker bij deze bevolkingsgroep – best op een “zachte” manier worden aangepakt, vertrekkend vanuit een vertrouwde arts-patiënt relatie: het broodnodige vertrouwen daar helpt om de nodige informatie correct te kaderen en te relativeren. (Mensen laten zich te bang maken voor ziekten: ref. 10)

3. Preventie is een dynamische en continue opdracht, die niet te vatten is in één x-jaarlijkse consultatie. Preventief beleid is ook – en vooral – informeren, is individueel, globaal en aanpasbaar naargelang vb. de familiale antecedenten, de leeftijd, de leefgewoonten, de woonplaats, de beroepsbezigheden van de patiënt.

Systematisch vroegtijdig opsporen van pathologie of risicofactoren is slechts zinvol indien na het opsporen ervan ook de nodige maatregelen worden getroffen om de problemen te verhelpen of te behandelen .

4. Het **Globaal Medisch Dossier moedigt aan tot preventie**. Een intermutualistische studie over de griepvaccinatie (winter 2004-2005) toont aan dat het GMD de kans vergroot dat de juiste personen een griepvaccinatie krijgen (ref. 4). Ook uit de rapporten van het Intermutualistisch Agentschap (IMA) over borstkankerscreening blijkt de positieve invloed van het GMD (ref. 5). Vrouwen met een GMD participeren meer aan de screeningprogramma's dan vrouwen zonder. Het GMD is dus bij voorkeur de piste om preventie door de huisarts te stimuleren, en de patiënt die preventief consulteert te stimuleren en belonen.

Het GMD is ook het instrument bij uitstek om preventieve gegevens te registreren, ook wanneer deze door een andere arts dan de GMD-houdende, werden uitgevoerd. Enkel door het samenbrengen van alle preventieve informatie is een globaal, coherent preventiebeleid mogelijk.

5. Er bestaat onmiskenbaar een verschil in de aanpak van medische problemen – ook van preventie – in de verschillende landsgedeelten (ref. 5). Evaluatie van het IMA over borstkankerscreening) Het percentage patiënten met GMD bijvoorbeeld verschilt nog steeds duidelijk aan beide zijden van de taalgrens.

De financiering van initiatieven rond preventie moet aansluiten bij de “medische cultuur” in de verschillende gemeenschappen. Dit is mogelijk door de **huisartsenkringen** te stimuleren om een globaal preventiebeleid op te zetten en hun leden daarbij te betrekken en te ondersteunen.

6. “A primary health care approach is the most efficient, fair, and cost-effective way to organize a health system. It can prevent much of the disease burden, and it can also prevent people with minor complaints from flooding the emergency wards of hospitals. Decades of experience tell us that primary health care produces better outcomes, at lower costs, and with higher user satisfaction.” Zo sprak Dr Margaret Chan, Directeur Generaal van de WGO op 16 oktober 2008 in Alma Ata tijdens de voorstelling van het WGO rapport “**Primary Health Care, now more than ever**”.

En verder: “ To steer health systems towards better performance, the report calls for a return to primary health care, a holistic approach to health care formally launched 30 years ago. When countries at the same level of economic development are compared, those where health care is organized around the tenets of primary health care produce a higher level of health for the same investment. **Such lessons take on critical importance at a time of global financial crisis.** Viewed against current trends, primary health care looks more and more like a smart way to get health development back on track. ” (ref. 9).

Iets minder recent maar evenveel zeggend zijn de studie van Barbara Starfield (Quality Management in Primary Care – A European Approach 2005: ref. 1) en een recent rapport van



het KCE (rapport 85A: ref. 3) waaruit ook blijkt dat een sterke eerstelijns geneeskunde kostenbesparend werkt.

Ondersteuning van de huisartsenpraktijk met een praktijktoelage, zoals vastgelegd in de huidige conventie 2008, en financiering van praktijkhulp, zoals dit reeds werd vastgelegd in Impulso II en hopelijk weldra ook in Impulso III voor de solopraktijken en de andere vormen van praktijkhulp, is daarin een belangrijke stap en moet worden uitgebreid. Maar ook het financieel ondersteunen van de **huisartsenkringen** die een preventieondersteunend programma opzetten – dicht aanleunend bij de bevolking – biedt hier heel wat mogelijkheden.

7. Het **Elektronisch Medisch Dossier (EMD)** is het instrument bij uitstek voor het opzetten en opvolgen van een georganiseerd preventiebeleid. Preventieve gegevens (vb. vaccinaties, risicofactoren ...) maken integraal deel uit van het kern dossier van de patiënt (SUMEHR). Het EMD maakt het mogelijk de preventieve gegevens uit het GMD correct te registreren, op te volgen, uit te wisselen, te analyseren, en eventueel extern – bv. door de kringcoördinator – te evalueren en bij te sturen. Uit de vorig jaar door het RIZIV gevoerde enquête rond het EMD-gebruik (ref. 2) bleek dat ongeveer de helft van de artsen de preventiemodule in hun EMD gebruiken.

B. Doelstellingen

1. optimaliseren van de volksgezondheid dmv een adequaat preventiebeleid.
2. herwaardering van de huisarts en zijn centrale rol in de gezondheidszorg.
3. herwaardering van het GMD als middel bij uitstek voor een efficiënte patiëntenzorg.
4. ondersteuning van de huisartsenkringen : coördinatie , logistiek , regionaal aanspreekpunt voor de bevolking en andere gezondheidswerkers.
5. promotie en opwaardering van het Elektronisch Medisch Dossier als instrument voor het optimaal gebruik van het GMD.
6. Kostenbeheersing van een efficiënt gezondheidsbeleid door:
 - centraliseren van gegevens in het GMD;
 - optimaal gebruik te maken van het EMD;
 - optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden van de eerstelijnszorg;
 - correcte echelonnering.



C. Het SVH-voorstel

Voortgaande op deze argumentatie en met deze doelstellingen voor ogen, stelt het SVH voor om het bedrag dat wordt vrijgemaakt voor het bevorderen van een efficiënt preventiebeleid te verdelen over

1. enerzijds een financiering voor huisartsenkringen die effectief een preventiebeleidprogramma ontwikkelen en uitvoeren (vb. preventiecoördinator of –consulent, administratieve, structurele en IT-ondersteuning, navorming, opzetten van een call/recall systeem, informatie van de bevolking, brochures rond preventie, samenwerking met huisartsen tabacologen, verpleegkundigen, diëtisten, kinesisten, dataverzameling, evaluatie, ...). Een bedrag van 1,2 € per inwoner lijkt hiervoor realistisch (cfr. een studie, hier rond gemaakt door de Huisartsenvereniging Regio Turnhout, die reeds aan het RIZIV werd voorgelegd).
2. anderzijds dient het gebruik van het GMD , als instrument voor efficiënte globale patiëntenzorg veralgemeend te worden. In het kader van een betere preventie stelt het SVH een aan het Globaal Medisch Dossier gekoppelde P2-financiering voor (noem het een GMD+ of een GPD) ten bedrage van 10 euro voor die patiënten waarvoor effectief een individueel preventiebeleid wordt gevoerd. Deze patiënten genieten dan ook van een vermindering van het remgeld op elke consultatie bij de huisarts. Deze upgrade van het GMD optimaliseert en herwaardeert het preventieve werk van de huisarts: dan kan op een persoonlijke manier met de patiënt, in een haalbaar tijdsverband, op maat van de arts, zijn praktijk én de patiënt preventie besproken worden (al dan niet in het kader van door de kring opgezette projecten).
3. Het SVH vraagt tegelijkertijd dat er geld wordt vrijgemaakt om het EMD te optimaliseren, zodanig dat tegen 2010 elk gelabeld EMD over een efficiënte preventiemodule beschikt en een kerndossier (SUMEHR) kan produceren dat de preventiegegevens analyseerbaar, uitwisselbaar en evalueerbaar kan maken (zie ook punt 4 hieronder).
4. De patiënt die het beheer van zijn GMD aan een huisarts toevertrouwt, verwerft daarmee ook het recht dat op zijn verzoek de resultaten van preventieve (en andere) onderzoeken die elders gebeuren, toegevoegd worden aan het GMD. Deze resultaten dienen elektronisch integreerbaar te zijn in het EMD van de huisarts.



D. Referenties

1. Quality Management in Primary Care – A European Approach 2005
http://www.svh.be/starfield_berlin_jan05.pdf
2. RIZIV Enquête informatisering huisartsen
http://www.inami.fgov.be/care/nl/doctors/promotion-quality/study_computer/pdf/study_computer.pdf
3. KCE studie ter Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België.
http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5262&CREF=11498
4. persbericht CM rond het GMD 2007
<http://www.cm.be/nl/105/infoenactualiteit/persberichten/GMD.jsp?ComponentId=32005&SourcePageId=3681>
en
http://www.nic-ima.be/library/documents/health_monitoring/griepvaccinatie_NL_winter_2004-2005_-V1.6.pdf
5. Evaluatie van het IMA over borstkankerscreening
http://www.nic-ima.be/library/documents/quality_projects/MA_5_NL_Borstkankerscreening.pdf
6. Cardiovasculaire primaire preventie in de Belgische huisartspraktijk
http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=6227&CREF=8935
7. Systematische preventie schiet haar doel voorbij
http://www.medinews.be/full_article/detail.asp?aid=13984
8. Voorkomen is beter dan genezen
<http://www.trends.be/nl/opinie/trends-opinie/4-246-44985/voorkomen-is-rendabeler-dan-genezen.html>
<http://nl.medisurf.be/protected/publications/artsen-krant/1854/C415901B-1DA2-4C86-8B45-53EEA694386C.vak.html>
9. Primary Health Care , now more then ever
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr38/en/index.html>
<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081014/en/index.html>
10. Mensen laten zich te bang maken voor ziekten
http://www.volkskrant.nl/binnenland/article1079697.ece/Mensen_laten_zich_te_bang_maken_voor_ziekten