



KABINET VAN VICE-EERSTE MINISTER EN
MINISTER VAN SOCIALE ZAKEN EN VOLKSGEZONDHEID
FRANK VANDENBROUCKE

Naar een New Deal voor de Huisarts(praktijk).

Minister Frank Vandenbroucke, 17 juni 2022.

NAAR EEN NEW DEAL VOOR DE HUISARTS(PRAKTIJK)

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
2	Vijf pijlers ter ondersteuning van de huisartsen	2
2.1	Zorgen voor voldoende en goed gespreide huisartspraktijken	3
2.2	Verminderen van de zinloze administratieve overlast.....	4
2.3	Verbeteren van de toegankelijkheid	5
2.4	Inzetten op een goed organisatiemodel	6
2.4.1	.. met taakdelegatie en ondersteuning	6
2.4.2	... met een geïntegreerd en multidisciplinair gezondheidsdossier	9
2.4.3	.. met een goede organisatie van niet-planbare zorg	10
2.5	Uitwerken van een evenwichtig financieringsmodel	10
3	Samen met huisartsen -ook jonge!- en experts.....	11
4	Conclusie	12

1 Inleiding

De voorbije maanden bereiken mij veel verontruste signalen van huisartsen, eerstelijnszones, lokale besturen en patiënten over het tekort aan huisartsen. De rode draad is steevast dat de eerstelijnszorg kreunt, in het bijzonder na een zeer drukke covid-periode, en dat te weinig huisartsen teveel op hun schouders moeten nemen, inclusief het beslag op de huisartstijd louter omwille van medische rechtvaardiging van bvb. afwezigheden wegens zelflimiterende aandoeningen waarvoor geen tussenkomst van een arts nodig is. De oplossingen die gesuggereerd worden door het terrein lopen grotendeels gelijk en vallen uiteen in het voorzien van meer huisartsen, het inzetten op taakdelegatie en -ondersteuning, het verminderen van de zinloze administratieve rompslomp en het bieden van een toekomstperspectief aan de eerstelijns, in het bijzonder de huisartsen.

Het beroep van huisarts is de voorbije 20 jaar sterk geëvolueerd. Tot 20 jaar geleden stonden huisartsen er vaak alleen voor. Ze werkten enkel binnen de muren van hun eigen praktijk. Mensen gingen meer en meer rechtstreeks naar het ziekenhuis. Huisarts werd toen niet alleen een ondergewaardeerd beroep, dit was gewoon ook niet doeltreffend voor de zorg van de patiënt. Bovendien was dit de slechtst mogelijke voorbereiding op de sterke groei van het aantal oudere mensen (door de vergrijzing van de samenleving) die veel meer te maken krijgen met chronische aandoeningen.

Daar heb ik toen op ingegrepen. Door te investeren in huisartspraktijken, door te zorgen voor andere betalingsvormen dan enkel per prestatie -denk aan de veralgemening van het Globaal Medisch Dossier-, door wetenschappelijke ondersteuning, in elektronische communicatie en in samenwerkingsverbanden met andere disciplines zoals thuisverpleegkundigen en apothekers. Hierdoor kon zich een sterke eerstelijnsgezondheidszorg vormen, die minder gefocust is op het 'genezen' van per definitie niet geneesbare aandoeningen en er veel beter in slaagt om zorg te leveren op maat van wat mensen nodig hebben voor een zo goed mogelijke kwaliteit van leven.

Vandaag zien we de positieve gevolgen van die samenwerking in praktijken en tussen praktijken. Maar we zien ook dat er opnieuw nood is aan een paradigmashift. De samenleving van vandaag is niet langer de samenleving van 20 jaar geleden. De gezondheidszorg van vandaag is niet langer de gezondheidszorg van 20 jaar geleden. De patiënt van vandaag is niet langer de patiënt van 20 jaar geleden. De huisarts van vandaag is niet langer de huisarts van 20 jaar geleden.

We leven met zijn allen steeds langer, zij het vaak met chronische aandoeningen. De impact hiervan op de organisatie van de gezondheidszorg kan en mag niet onderschat worden. We moeten inzetten op de shift naar geïntegreerde zorg, met een versterking van de eerstelijnszorg; een versterking van de relatie tussen gezondheidszorg en welzijn en een versterking van de relatie tussen individuele en gemeenschapszorg. De hefboom van geïntegreerde zorg moet dicht bij de burger/patiënt zitten, op locoregionaal niveau waarbij de zorg wordt gerealiseerd vanuit een public-health benadering.

De coronacrisis leerde ons al hoe belangrijk de rol van de huisarts in deze is. De huisartsenpraktijken deden aan populatiemanagement door in hun patiëntendossiers na te gaan wie als eerste gevaccineerd moest worden. Ze moesten informeren, triëren, tracen, testen, vaccineren. Digitale raadplegingen kwamen in de plaats van fysieke raadplegingen. Kortom, covid zorgde op twee jaar tijd voor een grondige omwenteling van de huisartsenpraktijk.

Ook de aanbodzijde van de zorg ziet er anders uit dan 20 jaar geleden. De huisarts van vandaag leeft in de 21^{ste} eeuw met zijn digitale evoluties– denk aan tele- en videoconsultaties, telemonitoring, elektronische patiëntendossiers, digitale facturatie,... - maar ook een stijgende aandacht voor een goed evenwicht privé-werk. De 5^{de} doelstelling van de 5 AIM-benadering¹, met name ‘het welzijn van de zorgprofessionals met specifieke aandacht voor work-life balance, inscholings- en retentiebeleid en integratie in het zorgsysteem’ is hier essentieel.

Dit alles vergt een multifactoriële aanpak om de huisartsgeneeskunde duurzaam bestand te maken voor de toekomst. Dit met respect voor en in samenwerking met de deelstaten die onder meer bevoegd zijn voor de organisatie van de eerste lijn.

Dit is veel meer dan enkel een verhaal van méér huisartsen maar ook en vooral een kwestie van goede taakverdeling, praktijkorganisatie, samenwerking, digitalisering, nieuwe zorgvormen en financieringsmodellen.

2 Vijf pijlers ter ondersteuning van de huisartsen

Vanuit mijn bevoegdheden zet ik op vijf (interfererende) flanken in.

1. Zorgen voor voldoende en goed gespreide huisartsen(praktijken).
2. Verminderen van de zinloze administratieve overlast.

¹ de 5 AIM-doelstellingen

1. Gezondheid van de bevolking, waarbij gezondheid in ruime zin wordt opgevat en niet wordt gereduceerd tot fysiek welzijn alleen;
2. De kwaliteit van de zorg, zoals ervaren door mensen met zorg- en ondersteuningsbehoeften, met voldoende ruimte voor hun inbreng en met als uiteindelijke doelstelling om de levensdoelen van de persoon zo goed mogelijk te bereiken;
3. Kosteneffectiviteit, d.w.z. een gunstige verhouding tussen de ingezette middelen en de gerealiseerde waarden. Waarden worden hierbij niet in een beperkte economische zin opgevat, maar omvatten ook individuele ontplooiing en sociale cohesie;
4. Rechtvaardigheid en inclusiviteit in de samenleving, met specifieke aandacht voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in brede zin (d.w.z. niet alleen financieel) en voor de integratie van verschillende vormen van diversiteit. Rechtvaardigheid houdt ook in dat de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen in de financiering van de zorg;
5. Welzijn van de zorgprofessionals met specifieke aandacht voor *work-life balance*; scholings- en retentiebeleid en integratie in het zorgsysteem;

3. Verbeteren van de toegankelijkheid voor de patiënt.
4. Inzetten op een goed organisatiemodel dat de huisarts(praktijk) in staat stelt om voor meer mensen zorg te dragen. Een organisatie met taakdelegatie en ondersteuning; ook voor niet-planbare zorg buiten de klassieke werkuren.
5. Uitwerken van een evenwichtig financieringsmodel dat beter kan inspelen op beschikbaarheid, intra- en interdisciplinaire samenwerking, zorgcontinuïteit, kwaliteit, preventie en empowerment.

2.1 Zorgen voor voldoende en goed gespreide huisartspraktijken

De problematiek is reëel, veel huisartsen komen op (bijna) pensioengerechtigde leeftijd. De jongere generatie huisartsen vult hun beroepsleven op een andere manier in met een gezonder evenwicht tussen hun werk en privéleven/gezin. Met als gevolg: om een oudere huisarts te vervangen heb je vandaag bij benadering anderhalf nieuwe huisarts nodig.

In de voorbije decennia kozen inderdaad te weinig artsen in opleiding voor de huisartsgeneeskunde. We zien echter dat een kentering zich heeft ingezet de voorbije 5 jaar, waarbij beide gemeenschappen grote inspanningen leveren om het aandeel van de huisartsgeneeskunde binnen de specialisme-opleidingen op te trekken tot boven de 40%.

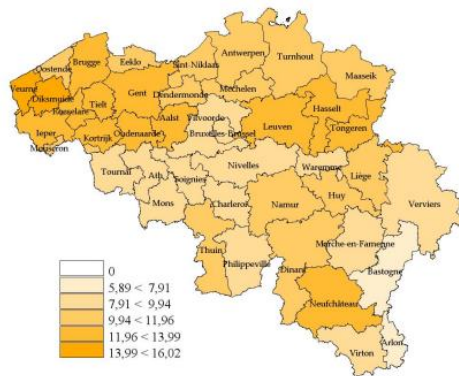
Bovendien heb ik -in het akkoord over de artsenquota- zeer sterk ingezet op een verdere toename van het aantal op te leiden huisartsen. Alhoewel het niet mijn bevoegdheid is om te bepalen hoeveel huisartsen binnen het globaal quotum moeten worden opgeleid, zijn terzake engagementen in het akkoord ingebouwd. Dit zal samen met een nieuw rekenmodel van de planningscommissie, dat rekening houdt met de activiteitsgraad van artsen, de impact van de pandemie, de stijgende zorgvraag van de vergrijzende bevolking,..., zorgen voor een sterke toename van het aantal opgeleide huisartsen de komende decennia.

Laat me enkele cijfers citeren ter illustratie

- Het globaal artsenquotum voor België bedroeg in 2004 742, waarvan 300 moesten worden ingevuld door huisartsen.
- Tien jaar later ging het om een globaal quotum van 1.025 waarvan minimaal 300 huisartsen.
- Dit jaar schuiven we een globaal quotum artsen voor 2028 naar voor van 1.848, waarbij we de gemeenschappen adviseren om niet minder dan 868 plaatsen, bijna 50 procent, voor te behouden aan huisartsen. Dit is dus een zeer aanzienlijke stijging

Voldoende huisartsen is één zaak. Als al die huisartsen vervolgens in dezelfde provincie, stad of gemeente aan de slag gaan, zitten we nog steeds in de gevarenzone. De cijfers bevestigen een ongelijke verdeling van de huisartsen.

Kaart 2. Aantal gepresteerde VTEs door de huisartsen actief in de gezondheidszorg (PR), per 10.000 inwoners volgens arrondissement van activiteit, 31/12/2016



Belangrijk is dat de huisartsen op een goede manier verspreid worden over het hele grondgebied, dus ook in dunbevolkte en landelijke gemeenten. Het akkoord rond de artsenquota voorziet dat de diverse bevoegdheidsniveaus terzake hun verantwoordelijkheid nemen. De ‘vestigingspremie’ is sinds de 6^{de} staatshervorming bevoegdheid geworden van de gewesten. We bekijken hiernaast ook federaal welke instrumenten en prikkels we kunnen inzetten voor een goede spreiding van de huisartsen. We zouden zo bepaalde initiatieven kunnen nemen op bevolkingsniveau, bvb. lokale antennes van huisartsenwachtposten waar deeltijds huisartsen/verpleegkundigen beschikbaar zijn, en dit in gemeenten waar je op X km afstand geen huisartspraktijk beschikbaar hebt (of waar het aantal mensen/huisarts erg hoog ligt). ‘Pioen’ in Vorselaar is een ander mogelijk interessant model. Het gaat om investeren in eerstelijns/huisartspraktijken waarbij het eigenaarschap in publieke handen blijft maar waar aantrekkelijke omstandigheden worden gecreëerd die het kandidaat-huisartsen gemakkelijker maakt om te werken.

2.2 Verminderen van de zinloze administratieve overlast

We moeten er ook voor zorgen dat onze huisartsen zoveel mogelijk hun tijd kunnen besteden aan waar ze voor opgeleid zijn en waarom ze dit beroep doen: de zorg voor hun patiënten. En we moeten er dus mee voor zorgen dat ze zo weinig mogelijk tijd moeten steken in paperassen en zinloze administratie.

Met de actie ‘de blauwe krokodil’ strijden de (huis)artsen tegen de administratieve overlast. Alhoewel een administratieloze huisartsenpraktijk een illusie is, steun ik hen in de strijd tegen overbodige en zinloze administratie.

Er is zo een belangrijk project lopende - op vraag ook van de huisartsen - met betrekking tot de administratieve vereenvoudiging van hoofdstuk IV/VIII, de zogenaamde ‘**attest-geneesmiddelen**’. Dit zijn geneesmiddelen die onderworpen zijn aan voorwaarden die opgelegd zijn om medische en/of budgettaire redenen. Dit betekent dat de terugbetaling beperkt wordt bv. qua indicaties, doelgroep, leeftijd, Het aantal vergoedbare farmaceutische specialiteiten ingeschreven in hoofdstuk IV en VIII is ondertussen heel groot geworden en neemt nog steeds exponentieel toe. De paragraafteksten zijn bovendien vaak te complex. Aan de artsen wordt tenslotte te vaak dezelfde input gevraagd tijdens verschillende aanvragen tot goedkeuring voor terugbetaling voor hun patiënt. Dit zorgt voor een grote administratieve last voor aanvragers en bijgevolg dringt een vereenvoudiging zich op.

Er wordt momenteel gewerkt aan volgende verbeterpunten, die stapsgewijs uitgevoerd worden in overleg met de artsen.

- 1) Herbekijken of een aantal van de attestgeneesmiddelen niet getransfereerd kunnen worden naar niet-voorwaardelijke vergoeding (hoofdstuk I);
- 2) Uniformisering door het gebruik van een vaste, sterk vereenvoudigde structuuropbouw op basis van een beslisboom;
- 3) Focus op digitalisering van de aanvragen via een gebruiksvriendelijk en intuïtief systeem, gebaseerd op het 'only once principe'.

Inzake arbeidsongeschiktheid wordt het project **multi-eMediatt** gerealiseerd. In een eerste fase zullen elektronische getuigschriften voor arbeidsongeschiktheid door de huisartsen naar de verzekeringsinstellingen (bij een arbeidsongeschiktheid van 14 dagen), Medex en HR-rail kunnen worden overgemaakt. Een codering van de diagnose zal daarbij mogelijk zijn. Deze eerste fase gaat van start dit jaar. In een tweede fase worden de attesten voor de werkgevers gestandaardiseerd en geïnformatiseerd en zullen getuigschriften kunnen worden verstuurd naar de verzekeringsinstellingen vanaf de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid. Dit is een stapsgewijs proces dat tegen 2024 moet worden gefinaliseerd.

Zeer belangrijk is ook de **afschaffing van de ziektebriefjes voor 1 dag** (tot driemaal per jaar) in ondernemingen vanaf 50 werknemers, waartoe de regering besliste en die nu voorwerp maakt van sociaal overleg. De huisarts heeft hier vaak weinig toegevoegde waarde. Door het ziektebriefje voor een korte afwezigheid af te schaffen, verdwijnt de administratieve werklast en heeft de huisarts meer tijd voor patiënten die wel zorg nodig hebben.

Ik ben me ervan bewust dat een grote frustratie van de huisartsen de zogenaamde paraplu-attesten zijn, attesten zonder echte meerwaarde, maar die door allerhande organisaties - denk maar aan sportclubs, werkgevers, verzekeraars, kinderopvang, scholen,.. - gevraagd worden. Ik steun de huisartsen in deze eis, maar het gaat veelal over domeinen die buiten mijn bevoegdheid vallen. Ik zal evenwel niet nalaten dit op te nemen met mijn collega-Ministers, ook bij de deelstaten.

Verdere digitalisering zal eveneens zorgen voor meer administratieve eenvoud. We ondersteunen de huisartsen hierin met een jaarlijkse geïntegreerde praktijkpremie die kan oplopen tot 6.000 euro. Er werd en wordt tevens zeer sterk ingezet op elektronische (geneesmiddelen)voorschriften, E-attesten, digitale facturatie, en op veilige elektronische patiëntendossiers.

2.3 Verbeteren van de toegankelijkheid

Toegankelijke huisartsenzorg is één van de fundamenteën van een goede gezondheidszorg. Patiënten mogen zo weinig mogelijk drempels ervaren om naar een huisarts te stappen, dit ook met het oog op preventieve zorg en het vermijden van ergere gezondheidsproblemen. Ik wens hierbij de huisartsen te bedanken dat ze dit zelf ter harte nemen, en massaal kiezen om de afgesproken tarieven te volgen. Niet minder dan 93,37 procent van de huisartsen doet dit.

De huisartsen hebben eveneens voluit meegewerkt aan de toepassing van de verplichte derde betalende voor voorkeurgerechtigden. En we gaan nu nog een stap verder.

Sinds 1 januari 2022 kunnen huisartsen al hun raadplegingen voor al hun patiënten afrekenen in derdebetalen, waardoor de patiënten enkel nog het remgeld moeten betalen. De rest van het ereloon wordt rechtstreeks betaald door de ziekenfondsen aan de huisarts. Het is wachten op de eerste evaluatie van deze maatregelen, maar voorlopige cijfers stemmen mij alvast optimistisch.

Intermutualistische cijfers tonen aan dat in het eerste kwartaal van dit jaar 80 procent van de huisartsenprestaties werden afgerekend in derdebetalers tot 65 procent een jaar eerder.

De nationale commissie artsen-ziekenfondsen buigt zich momenteel ook over een maatregel om de toegankelijkheid tot artsen voor kinderen en jongvolwassenen tot en met 25 jaar te verhogen. Op tafel ligt een voorstel om de toegang tot de (huis)arts gratis te maken voor de kinderen en jongvolwassenen die het voorkeurtarief genieten en die een globaal medisch dossier hebben geopend bij hun huisarts. Er is hiervoor een budget van 5,5 miljoen euro vrijgemaakt.

Deze maatregel moet een dubbel doel nastreven: enerzijds de toegankelijkheid verbeteren, en anderzijds het gebruik van het globaal medisch dossier verhogen bij de jongeren, en dit over alle regio's van het land heen. Dit is belangrijk, omdat een goed en kwalitatief globaal medisch dossier vanaf een jonge leeftijd essentieel is voor een continue opvolging door de huisarts. De toegankelijkheidsmaatregel moet dus gepaard gaan met een communicatiecampagne om het gebruik van het GMD verder te promoten.

Global Medical Record - 2019. Bron : IMA

	2019
Globaal medisch dossier - Nationaal gemiddelde	77,9%
Globaal medisch dossier 0-4 jaar	60,9%
Globaal medisch dossier 5-14 jaar	70,1%
Globaal medisch dossier 15-24 jaar	73,9%
Globaal medisch dossier 25-44 jaar	74,4%
Globaal medisch dossier 45-64 jaar	81,4%
Globaal medisch dossier 65-74 jaar	87,3%
Globaal medisch dossier 75+ jaar	90,4%

2.4 Inzetten op een goed organisatiemodel

2.4.1 ... met taakdelegatie en ondersteuning

De juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon. Hier moeten we op inzetten, ingegeven zowel vanuit een doelmatige inzet van de budgettaire middelen, als omwille van een kwalitatieve invulling van de beroepen.

Studies wijzen erop dat niet minder dan 1/3^{de} van de taken van de huisarts gedelegeerd zouden kunnen worden aan administratieve medewerkers (onthaal, administratie, agenda...); verpleegkundigen (vaccinatie, zorg voor chronische patiënten, ...); nieuwe profielen als praktijkassistenten of andere zorgverleners zoals psychologen, apothekers,...

Tijdens de covid-pandemie hebben apothekers zo covid-testen afgenomen of vaccins gezet. Dit vereist ook bij de artsen een mentaliteitswijziging, wat niet zo makkelijk is getuige ook het verzet tegen het laten zetten van vaccins door apothekers.

2.4.1.1 ... medisch secretariaat, praktijkassistent of verpleegkundige?

Het akkoord artsen-ziekenfondsen 2022-2023 voorziet dat er voorstellen gerealiseerd zullen worden om het team rond de huisarts te versterken, onder meer door een financiële ondersteuning te voorzien voor de inzet van zorgondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk. Ik citeer: 'De NCAZ is van oordeel dat de ondersteuning van de huisartsenpraktijken versterkt dient te worden via de inzet van zorgondersteunend personeel, op basis van het principe van subsidiariteit en toegelaten

taakdelegatie. Artikel 36octies van de GvU-wet bepaalt dat bij koninklijk besluit een financiële tegemoetkoming kan verleend worden in de kosten verbonden aan de organisatie van een praktijk. Deze ondersteuning is noodzakelijk om de toegenomen zorgvraag voor chronische zorg adequaat op te vangen. De NCAZ zal hierover in 2022 een concreet voorstel uitwerken met het oog op een concrete toepassing vanaf 2023 met respect van de aan de gemeenschappen toegewezen bevoegdheden. Het is duidelijk dat een performante praktijkorganisatie een hefboom kan zijn om bepaalde knelpunten in de eerste lijn op te lossen.'

Er bestaat consensus over dit belang van ondersteuning. Er bestaan evenwel nog verschillende visies over het profiel van dit zorgondersteunend personeel. Waarbij de één pleit voor praktijkassistenten – eerder administratieve krachten die evenwel ook een aantal specifieke geprotocolleerde medisch-technische taken zouden mogen verrichten- , gelooft de ander meer in verpleegkundige ondersteuning, bijvoorbeeld voor de opvolging van chronisch zieken, al dan niet gecombineerd met een administratieve ondersteuning. Reeds in 2016 formuleerde de Hoge Raad Artsen een advies waar deze verschillen in visie reeds duidelijk naar voor kwamen.

Momenteel worden reeds opleidingen aangeboden tot verpleegkundige in de huisartspraktijk en worden opleidingsprogramma's overwogen voor praktijkassistent. Voor praktijkassistent wordt door sommigen voorgesteld om bepaalde handelingen mogelijk te maken die in het domein van de gezondheidsberoepen liggen, hetgeen wetgevend werk vereist. Ik engageer me om in de nabije toekomst een aanpassing van de WUG-wet van 10 mei 2015 in die zin neer te leggen, die duidelijkheid zal verschaffen welke handelingen de praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg kan en mag uitoefenen. Dit engagement maakt de weg vrij voor de gemeenschappen om opleidingsprogramma's tot praktijkassistent goed te keuren.

2.4.1.2 ... met hulp van de psycholoog

Huisartsen worden in toenemende mate geconfronteerd met mentale problemen. Burn out, angststoornissen, depressies, ... nemen toe, en psychische stoornissen zijn - samen met musculoskeletale aandoeningen - de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid. Voor huisartsen die onder hoge werkdruk staan, is het niet altijd eenvoudig om hier voldoende tijd voor vrij te maken. Niet alle huisartsen zijn overigens even goed onderlegd om met deze psychische problemen om te gaan.

De conventie eerstelijnspsychologische zorg speelt hierop in. Vernieuwend in deze conventie is onder meer dat niet enkel ingezet wordt op de brede bevolking of op patiënten; maar ook op de ondersteuning van de huisartsen in het omgaan van patiënten met psychische problemen. Een huisarts kan zo bijgestaan worden door een psycholoog tijdens een raadpleging met een van zijn of haar patiënten. Of hij kan ondersteund worden door een psycholoog in hoe omgaan met signalen van mentale problemen.

2.4.1.3 ... in samenwerking met anderen

Om de toenemende zorgnood van een vergrijzende populatie met chronische ziektes te kunnen opvangen, zullen we veel meer moeten samenwerken tussen zorgverleners en -lijnen. Bij de begrotingsopmaak 2022 van de ziekteverzekering werd zo'n 50 miljoen euro vrijgemaakt voor transversale projecten met het oog op secundaire en tertiaire preventie in de eerste lijn, en via geïntegreerde zorg. Het gaat onder meer om de uitwerking van perinatale zorgtrajecten met specifieke aandacht voor kwetsbare vrouwen, obesitaszorg voor kinderen of diabeteszorg. De huisartsen spelen in elk van die trajecten een belangrijke rol, en zijn mee betrokken bij de uitwerking van deze projecten.

Hiernaast wordt gewerkt aan de uitrol van thuishospitalisatie voor kankerpatiënten en patiënten die een langdurige antibioticabehandeling moeten ondergaan. Het is de bedoeling dat -indien gewenst door de patiënt en medisch verantwoord geacht door de arts-specialist- deze patiënten hun behandeling thuis in plaats van in het ziekenhuis kunnen krijgen. Het spreekt voor zich dat dit ook voor de huisarts nieuwe uitdagingen met zich meebrengt.

2.4.1.4 ...met inzet van technologische innovatie

Tijdens de covid-pandemie werden teleconsultaties in snel tempo uitgerold. Ze kenden een groot succes, vooral bij huisartsen, en zorgden grotendeels voor een compensatie van de terugval van de fysieke raadplegingen. Zowel in 2020 als in 2021 werden door huisartsen ongeveer 9,5 miljoen raadplegingen via telefoon of video verricht.

Aantal verstrekkingen	DocP2020	DocP2021
101135	7.933.017	8.936.582
Huisartsen	7.925.936	8.928.211
Huisartsen in opleiding	7.081	8.371
101835	151.827	154.763
Huisartsen	150.984	154.643
Onverdeeld	843	120
101990	1.120.867	328.617
Huisartsen	1.118.844	328.214
Huisartsen in opleiding	2.023	403
Totaal	9.205.711	9.419.962
Huisartsen	9.195.764	9.411.068
Huisartsen in opleiding	9.947	8.894

Teleraadplegingen hebben hiermee hun plaats verworven, en het lijkt ondenkbaar ze na de covid-pandemie stop te zetten. Enquêtes bij zowel patiënten als zorgverleners tonen een grote tevredenheid, maar leggen eveneens knelpunten bloot waar rekening mee gehouden moet worden bij een structurele uitrol. Ook de KCE-studie 'videoconsultaties in de opvolging van patiënten met een chronische somatische aandoening (juni 2020)' geeft interessante insteken.

Voordelen van raadplegingen op afstand zijn de grotere flexibiliteit en efficiëntie in de planning, zeker in huisartsarme gebieden. Ze zijn ook ad hoc inzetbaar, in het bijzonder in de opvolging van chronische patiënten, zorgen voor minder stress, ongemak en praktische organisatieproblemen bij de patiënten, en beschermen beter in geval van potentiële besmettelijkheid. Potentieel zit er een kostenbesparende kant aan, bvb. in het vermijden van onnodige onderzoeken.

Nadelen van raadplegingen op afstand zijn het verlies van contact, het gebrek aan de mogelijkheid van een fysiek klinisch onderzoek, de digitale drempel en technische storingen alsmede privacy-gerelateerde issues. Ook zit er potentieel een kostenverhogende kant aan, wegens het gemak van aanrekenen, ook voor zaken waar vandaag geen vergoeding tegenover staat. We mogen voorts niet blind zijn voor de fraudegevoeligheid.

Een reflectiegroep onder leiding van professoren Ann Van den Bruel en Jean-Luc Belche boog zich over de vraag welke plaats raadplegingen op afstand moeten innemen in de hedendaagse huisartsenpraktijk. De werkzaamheden hebben geleid tot een gedragen kader voor teleconsultaties,

zowel met betrekking tot een therapeutische relatie, de inhoud van een consultatie op afstand, het belang van toegankelijkheid en ondersteuning voor de patiënten, de gelijkwaardigheid tussen fysieke en teleconsultaties,... De reflectiegroep schuift ook meerdere werkpunten naar voor, onder meer inzake het uitwerken van kwaliteitscriteria en de toegankelijkheid voor patiënten. Op de vraag welke plaats raadplegingen op afstand moeten hebben binnen het organisatie- en financieringsmodel van de huisartsenpraktijk, beklemtoont de reflectiegroep dat deze discussie onlosmakelijk verbonden is met een diepgaandere reflectie over de huisartsgeneeskunde. Ik kom hier later op terug.

In afwachting hiervan zal op korte termijn een KB met betrekking tot teleconsultaties worden gepubliceerd, rekening houdend met de aandachtspunten van de werkgroep. De nieuwe regeling zal op 1 augustus 2022 in werking treden. Telefonische en videoraadplegingen zullen terugbetaald worden zonder beperking op het aantal consultaties. Dit voor artsen waar de patiënt al op raadpleging gaat, na doorverwijzing of tijdens een wachtdienst. De tele- en videoconsultaties zullen vervolgens ingebed moeten worden in de werkzaamheden rond een nieuw organisatie- en financieringsmodel van huisartsen (zie infra).

Niet enkel teleconsultaties kunnen de praktijkorganisatie van huisartsen verlichten. De technologie biedt ook mogelijkheden tot telecoaching van huisartsen door een arts-specialist (pilotprojecten inzake dermatologie zijn lopende) of tot telemonitoring waarbij patiënten vanop afstand gevolgd en begeleid worden.

2.4.2 ... met een geïntegreerd en multidisciplinair gezondheidsdossier

Binnen het kader van de roadmap eHealth wordt gewerkt aan bijkomende bouwstenen om het elektronisch patiëntendossier te verstevigen, zoals verwijsvoorschriften, clinical decision support, homologatie van softwarepakketten, ... Dit alles moet het werk van een huisarts verder vergemakkelijken.

De ambitie moet evenwel hoger liggen. Uitgaande van de doelstelling van de quintuple aim, van geïntegreerde en multidisciplinaire zorg en van focus op kwaliteit en continuïteit van de zorg met aandacht voor de persoon en niet enkel op de ziekte, is er behoefte aan een gemeenschappelijke en gedragen visie op een "geïntegreerd patiëntendossier".

Het BIHR, wat staat voor het Belgian Integrated Health Record (B-IHR), beschrijft deze conceptuele visie. Dit concept is zeker zinvol in het kader van complexe ziektebeelden en chronische zorg, maar is ook belangrijk gedurende de volledige levensloop van elke burger/patiënt.

Dit geïntegreerde dossier moet het mogelijk maken om tot persoonsgerichte en doelgerichte zorg te komen op basis van een holistische visie en persoonlijke keuzes van de individuele burger over welzijn, gezondheid en zorg. Naast de focus op de individuele patiënt/burger kan er via het BIHR ook gewerkt worden aan op de bevolking gerichte maatregelen, rekening houdend met de behoeften en kenmerken van de bevolking op politiek, economisch, sociaal en ecologisch niveau.

In het kader van de Wet op de Kwalitatieve Praktijkvoering moet elke zorgverlener via BIHR toegang krijgen tot patiëntgegevens die relevant zijn in het kader van de therapeutische relatie en het verlenen van kwalitatieve zorg. Het is evenwel niet de bedoeling om bovenop het patiëntendossier van de zorgverlener een nieuw geïntegreerd patiëntendossier in de markt te zetten, wel een coherent kader te creëren waarin relevante gegevens kunnen worden geput uit de dossiers over de betrokken patiënt.

Naast het feit dat een BIHR een meerwaarde is voor elke individuele burger, is het ook noodzakelijk om aan populatiemanagement en data-analyses te kunnen doen om zo meer gericht passende (preventieve) zorg te bieden.

Het is belangrijk om een stevig draagvlak te bekomen voor zo'n 'geïntegreerd en multidisciplinair' patiëntendossier. De positie van de huisartsen is in deze essentieel, met aandacht voor niet-planbare zorg buiten de klassieke werkuren

2.4.3 .. met een goede organisatie van niet-planbare zorg

Huisarts zijn is geen 9-to-5 beroep. De wet voorziet dat huisartsen verplicht te zijn om deel te nemen aan medische permanentie en ook de deontologische code stelt dat artsen continuïteit van de zorg moeten kunnen garanderen. Om de niet-planbare zorg buiten de klassieke werkuren op te vangen, werden en worden huisartsenwachtposten opgericht en financieel ondersteund.

In een nieuwe fase wordt verwacht dat die huisartsenwachtposten samenwerken in grotere functionele samenwerkingsverbanden. Dit met een dubbele doelstelling: enerzijds zorgen voor continuïteit van huisartsenzorg voor alle patiënten en anderzijds voor een evenwichtige draaglast van de huisarts bij het opnemen van wachtdiensten.

Meer concreet zijn de doelstellingen

- Zorgen voor continuïteit van niet-planbare huisartszorg buiten de normale werkuren
- Zorgen voor optimaal georganiseerde en ondersteunende wachten voor de artsen
- Streven naar een betere organisatie van de diepe nacht
- Maximaal samenwerking stimuleren
- In een evenwichtige relatie met de spoedopnamediensten
- Inzetten op professionalisering
- De administratieve last zo veel mogelijk te beperken
- Uniformiteit waar mogelijk, differentiatie waar nodig
- Rekening houdend met de locoregionale context
- Zorgen voor evenwichtige werklast, maar ook zingeving (relevantie van de contacten), veiligheid, redelijke reistijd, billijke verloning... voor de huisarts

Ik ben me ervan bewust dat niet iedereen even warm loopt voor de uitrol van deze samenwerkingsverbanden. Ik ben me er eveneens van bewust dat er parallel werk aan de winkel is inzake een optimale en algemene uitrol van 1733, het oproepnummer dat de patiënt doorverwijst naar de huisarts van wacht indien nodig, inzake de stapsgewijze uitrol van weekwachten en inzake meer samenwerking -waar gewenst- met de spoeddiensten van ziekenhuizen. Ik meen dat het terzake heel belangrijk is om stappen vooruit te zetten, en heb hiertoe een Begeleidingsplatform onder het voorzitterschap van Frank Lippens aan het werk gezet.

2.5 Uitwerken van een evenwichtig financieringsmodel

De laatste decennia is een grote inhaalbeweging gebeurd in de financiële aantrekkelijkheid van het huisartsberoep: met onder meer het GMD, de praktijkpremie, de telematicapremie,... Dit zorgde ervoor dat huisartsen reeds voor een klein deel forfaitair per patiënt of voor hun praktijk gefinancierd worden. Niettegenstaande worden ze nog steeds grotendeels per prestatie gefinancierd. Hoe meer patiënten, hoe meer consultaties, hoe hoger hun inkomen.

Het is mijn overtuiging dat we nog verder van die 'prestatiegerichte gefinancierde zorg' (fee for service) moeten gaan. Je behoudt een stuk financiering per prestatie, maar de druk op de huisartsen

om per se volume te draaien, die moeten we doen dalen. We moeten gaan naar een meer geïntegreerde gefinancierde zorg. Uitgangsvraag moet daarbij zijn: wat moet de huisartspraktijk kunnen borgen aan zorg, welke middelen zijn daarvoor nodig en hoe kan dit stabiel worden gefinancierd?

Het financieringsmodel voor huisartsen moet (1) voldoende stimulerend zijn, (2) de toegankelijkheid voor de patiënt vrijwaren en waar nodig verbeteren, met specifieke aandacht voor de kwetsbare patiënt, (3) inzetten op continuïteit van zorg en beschikbaarheid, (4) huisartsen correct vergoeden voor taken tijdens en buiten de consultaties, (5) taakdelegatie toelaten, (6) de juiste incentives leggen, onder meer inzake preventie, populatiemanagement, multidisciplinaire samenwerking, kwaliteit, beschikbaarheid..., (7) zowel overconsumptie als onderconsumptie vermijden en (8) administratieve eenvoud maximaal nastreven.

Dit is ook in lijn met het regeerakkoord dat inzet op een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en een financiering die de componenten die samenwerking en preventief en gericht handelen aanmoedigen.

Het is tevens één van de conclusies van de reflectiegroep Van den Bruel-Belche met name dat aangepast globaal financieringsmodel nodig is, niet enkel voor teleraadplegingen maar ook voor fysieke raadplegingen, waarbij ze als voorkeurspiste 'een forfaitaire betaling van teleraadplegingen en fysieke raadplegingen met een kleine betaling per prestatie voor beide modaliteiten' naar voor schuift.

Ik denk dat we dit momentum moeten aangrijpen en een nieuw financieringsmodel voor huisartsen in de steigers moeten zetten. Ik wil dit wel doen met respect voor huisartsen die zich goed voelen in de huidige modellen. Het is niet de ambitie om tabula rasa te maken, maar voor de huisartsen die dit willen een 'nieuw model' met een gemengd financieringssysteem te bieden.

3 Samen met huisartsen -ook jonge!- en experts

De uitdagingen waarmee de huisartsgeneeskunde kampt zijn, zoals hierboven geschetst groot. De flanken waar ik op werk en verder wil werken, divers. Ik wil dit uiteraard niet alleen doen, maar in nauwe samenhang met de stakeholders, in het bijzonder de (jonge) huisartsen.

Er werden hiertoe al verschillende aanzetten gedaan

- De federale planningscommissie en het interfederaal planningsorgaan moeten zorgen voor een voldoende aanbod (huis)artsen afgestemd op de noden van de bevolking. In deze commissie zijn de artsen vertegenwoordigd. Een interfederaal planningsorgaan, dat moet zorgen voor afstemming tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus, zal eveneens opgericht worden.
- het Begeleidingsplatform Wacht verenigt huisartsen, ziekenfondsen, vertegenwoordigers van de wachtposten,... en buigt zich over de niet-planbare zorg.
- De klassieke organen van de ziekteverzekering – in het bijzonder de nationale commissie artsen-ziekenfondsen- spelen uiteraard een cruciale rol; onder meer in het nemen van verdere stappen om de zinloze administratieve overlast terug te dringen.

Hiernaast zou ik de reflectiegroep Ann Van den Bruel – Jean-Luc Belche een vervolgoopdracht willen geven om een vernieuwd en duurzaam organisatie- en financieringsmodel voor de hedendaagse huisartsenpraktijk uit te werken. Ik zie dit graag als een 'New Deal voor de huisarts van de 21ste eeuw' die zich moet inschrijven in de 5AIM-doelstellingen.

Ik zou de reflectiewerkgroep willen vragen deze werkzaamheden onmiddellijk op te starten met het oog op het afleveren van een concreet voorstel tegen eind april 2023, met tussentijdse rapportagemomenten, ook aan de nationale commissie artsen-ziekenfondsen.

Ik verwacht van de reflectiegroep antwoord op de volgende vier vragen

1. Wat wordt verwacht van een eerstelijnspraktijk? Welk zorgpakket moet een huisarts(enpraktijk) bieden vanuit een omschreven verantwoordelijkheid voor evidence based huisartsgeneeskundige zorg?
2. Welke profielen moeten hiertoe aanwezig zijn binnen deze praktijk, inclusief de ondersteunende profielen?
3. Hoe moet de relatie met de patiënt uitgebouwd worden?
4. Welk alternatief en gemengd financieringsmodel moet hierop geënt worden? Hoe ervoor zorgen dat dit financieringsmodel een goed evenwicht biedt tussen vrijheid (zodat de huisarts bijvoorbeeld beroep kan doen op zorgondersteund personeel) en verantwoordelijkheid voor het zorgpakket. Hoe ervoor zorgen dat dit financieringsmodel zowel het microniveau maar ook het mesoniveau (locoregionaal niveau, populatiemanagement,...) versterkt?

Het is mijn uitdrukkelijke wens dat de stem van jonge huisartsen en huisartsen-in-opleiding luid klinkt in dit debat. De huidige samenstelling van de reflectiegroep (artsensyndicaten, ziekenfondsen, experts, administratie) zou ik dan ook verruimd willen zien met jonge huisartsen en huisartsen-in-opleiding. Ik ben me er van bewust dat niet elke jonge huisarts tijd wil of kan vrijmaken voor lange vergaderingen, en daarom zal ook gekeken worden om via terreinbevragingen en focusgroepen hen maximaal te proberen bereiken.

4 Conclusie

We staan voor een immense maar uitermate boeiende uitdaging, namelijk het versterken van een eerste lijn, met bijzondere aandacht voor de huisartsen, die minder gefocust is op het 'genezen' van per definitie niet geneesbare aandoeningen en er veel beter in slaagt om zorg te leveren op maat van wat mensen nodig hebben voor een zo goed mogelijke kwaliteit van leven.

Huisartsen zijn hierbij een eerste en dus cruciale schakel. Een schakel die zelf zorg verleent, maar ook omringd is door anderen: psychologen, verplegers, of kinesisten zelf, maar ook mensen die jullie helpen met administratie. Het is mijn stelligste overtuiging dat we naar zulke geïntegreerde huisartspraktijken moeten evolueren.

We hebben nood aan een New Deal voor de huisartsen, die niet alleen inzet op de vraag hoe huisartsen beter ondersteund kunnen worden, onder meer door samen te werken met andere zorgverleners of -ondersteuners, maar ook hoe hun financieringsmodel beter kan inspelen op beschikbaarheid, samenwerking, zorgcontinuïteit, preventie en empowerment.