

I. Het globaal medisch dossier: een centraal concept in de verzekering voor geneeskundige verzorging?

A. INLEIDING

Sinds 1 mei 1999 bestaat in de verzekering voor geneeskundige verzorging het globaal medisch dossier (GMD). Essentieel bestaat het systeem erin dat een huisarts aan zijn patiënt een honorarium aanrekent voor het beheer van het GMD (honorarium dat integraal terugbetaald wordt door de ziekteverzekering) enerzijds en dat die patiënt voor een aantal prestaties een verlaagd persoonlijk aandeel betaalt anderzijds.

Het systeem op zich, de evolutie van de regelgeving, de toepassingsproblemen en heel wat andere aspecten van het GMD komen regelmatig aan bod in de medische pers en in de publicaties van de verzekeringsinstellingen (V.I). In deze tekst wordt echter hoofdzakelijk gezocht naar de functie van het GMD in de verzekering voor geneeskundige verzorging. Is het GMD een centraal principe in de verzekering of zijn er indicaties dat het die rol kan vervullen?

Bij de verkenning zal blijken dat het fenomeen van het medisch dossier meer dan eens opduikt in de regelgeving van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU).

B. GLOBAAL MEDISCH DOSSIER EN ACCREDITERING

Hoewel het GMD dateert van na de opstart van de accreditering, heeft de accreditering altijd al melding gemaakt van patiëntendossiers en patiëntengegevens. Het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 17 februari 1997 (het zogenaamde mini-akkoord dat alleen de accrediteringsregeling bevat¹) stelt als accrediteringsvoorwaarde voor de huisarts dat hij “een medisch dossier per patiënt bijhoudt en alle gegevens van dat dossier, die nuttig zijn voor het vaststellen van de diagnose en van de behandeling, uitwisselt met elke andere arts die door de patiënt wordt geraadpleegd en/of die hem verzorgt”. Van de geneesheer-specialist wordt verwacht dat hij “alle nuttige medische gegevens inzake diagnose en behandeling per patiëntendossier aan de algemeen geneeskundige die door de patiënt wordt geraadpleegd en/of die hem verzorgt, meedeelt en met hem uitwisselt”. Een duidelijker statement over het medisch dossier als kwaliteitsinstrument is er niet.

Het is dan ook logisch dat het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 15 december 1998² dat het GMD in de verzekering voor geneeskundige verzorging introduceert het aanrekenen van het GMD-honorarium voorbehoudt aan de geaccrediteerde huisartsen. Voor 1999 stelt men de erkende huisartsen gelijk aan de geaccrediteerde, maar dit principe is later verlaten. Wat honorerings betreft, is het bijgevolg nooit tot een consolidatie van de link tussen accreditering en het GMD gekomen. Het feit dat de jaarlijkse basisvergoeding (een tussenkomst voor de administratieve beheerskosten van de GMD's die een huisarts beheert) wel voorbehouden is voor de geaccrediteerde huisartsen, is moeilijk te beschouwen als een effectieve consolidatie van die link, zeker als men er rekening mee houdt dat deze vergoeding in 2004 slechts 126,73 EUR bedroeg. De vraag is wat er in de toekomst zal gebeuren. Artikel 122ter, §4, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (GVU-besluit) bepaalt immers dat de Nationale raad voor kwaliteitspromotie (orgaan dat functioneert in het kader van de accreditering) aanbevelingen ontwikkelt voor het “correct gebruik van het GMD”. Zal dit leiden tot een verdieping van de rol van het GMD?

1. Gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 27 maart 1997

2. Gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 8 januari 1999

C. GLOBAAL MEDISCH DOSSIER EN PERSOONLIJK AANDEEL

De inleiding geeft het al aan: de patiënt die zijn GMD laat beheren krijgt daarvoor een verminderd persoonlijk aandeel op sommige verstrekkingen in ruil. Grosso modo komt de regeling neer op een verlaging van het remgeld met 30%. Het spreekt vanzelf dat dit een belangrijke incentive is voor de patiënt om mee te werken aan het GMD-project.

Het koninklijk besluit van 22 december 2003 tot wijziging van artikel 37bis van de Gvu-wet verhoogt het persoonlijk aandeel van de rechthebbende zonder voorkeurtarief voor een aantal huisbezoeken van de huisarts met 1 euro. De maatregel, geïnspireerd door het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 19 december 2002³, geldt niet voor een aantal welomschreven doelgroepen, waaronder de rechthebbenden voor wie een GMD werd geopend. De maatregel had vooral tot doel het - duurdere - huisbezoek te ontmoedigen ten voordele van de - goedkopere - raadpleging. De uitzonderingsregel voor de patiënten met een GMD is weliswaar een belangrijke bijkomende incentive voor het GMD-systeem, maar toch kaderde de maatregel niet in een bredere visie of meer uitgewerkte strategie over het GMD.

D. GLOBAAL MEDISCH DOSSIER EN ELEKTRONISCH MEDISCH DOSSIER (EMD)

Het koninklijk besluit van 6 februari 2003 voorziet in een tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers door huisartsen.

Artikel 3, §2, van het koninklijk besluit bepaalt dat de huisarts bij zijn aanvraag op eer moet verklaren dat hij het softwarepakket daadwerkelijk gebruikt voor het elektronisch beheer van het GMD van zijn patiënten.

Alleen de softwarepakketten aanvaard door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen (NCGZ) na eenvormig advies van een werkgroep die functioneert binnen de FOD Volksgezondheid, komen voor de tegemoetkoming van 743 EUR in aanmerking. De aanvaarding of homologatie of labeling van de softwarepakketten gebeurt op basis van een aantal criteria. Volgens de criteria 2004 moet de software toelaten na te gaan of er al dan niet een GMD voor de patiënt in kwestie is en voor de ondersteuning van het dossierbeheer een werkplan bevatten dat gegevens kan opnemen betreffende onder meer het hernieuwen van het GMD.

Het zonet geciteerde artikel 3, §2, is een belangrijke impuls voor het GMD: betaling van de EMD-tussenkomst is slechts mogelijk indien de huisarts het GMD voor zijn patiënten beheert.

Men zou evenwel nog verder kunnen gaan en bij het ontwikkelen van het GMD-beleid meer kunnen rekening houden met het bestaan van het EMD en/of vice versa.

Misschien is het anno 2005 nog te vroeg om het systeem van de Gvu-tussenkomst in het EMD te evalueren. Maar kan men in het tijdperk van de elektronische gegevensuitwisseling het GMD uitbouwen als een essentieel werkinstrument van de huisarts zonder het EMD daarbij als belangrijkste bouwsteen te hanteren?

E. GLOBAAL MEDISCH DOSSIER EN CHRONISCH ZIEKEN

Artikel 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalt wat het GMD omvat: “de socio-administratieve gegevens van de patiënt, zijn antecedenten, een lijst van problemen, verslagen van de geneesheren-specialisten en andere zorgverleners, en de chronische behandeling”.

3.
Gepubliceerd in het Belgisch
Staatsblad van 20 januari 2003

Het laatstgenoemde element roept associaties op met de chronisch zieken, een belangrijke doelgroep van de verzekering voor geneeskundige verzorging die de laatste jaren meer en meer bijzondere aandacht heeft gekregen.

Punt 9.1. van het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 15 december 2003, geldig voor 2004 en 2005, belastte een werkgroep vóór 1 juli 2004 het systeem van het GMD te evalueren en voorstellen te formuleren met betrekking tot onder meer “de uitwisseling van gegevens tussen huisartsen en geneesheren-specialisten: resultaten van onderzoeken en behandelingen, opsporing en voorkoming van bepaalde aandoeningen, opvolging van bepaalde chronische aandoeningen” en “het integreren van actuele maatregelen betreffende sommige types van chronische aandoeningen (bijvoorbeeld diabetes)”.

Uit deze formuleringen blijkt duidelijk de wil om het gebruik van het GMD te ondersteunen met het oog op een optimale zorg voor chronisch zieken. Eind 2004 heeft de werkgroep evenwel geen voorstellen in die zin geformuleerd.

In de loop van 2004 werd echter zowel in de Technische geneeskundige raad als in de NCGZ overeenstemming bereikt over de invoering van een prestatie voor de erkende huisarts met betrekking tot de diabetespas. Het nomenclatuurvoorstel bevat een toepassingsregel die stelt dat de verstrekking enkel mag worden aangerekend voor patiënten met een GMD. Het aanrekenen van de verstrekking houdt verder in dat de huisarts met de diabetes de doelstellingen van de diabetesbegeleiding heeft besproken en genoteerd, zowel in de diabetespas als in het GMD.

Begin 2005 is deze nomenclatuurwijziging nog niet in werking getreden. De mechanismen voor het GMD die erin zijn vervat, zijn evenwel belangrijk. De toekomst zal uitwijzen wat de waarde is van die mechanismen en of uitbreiding van de toepassing naar andere groepen voor chronisch zieken mogelijk is.

F. VOORLOPIG BILAN VAN HET GMD

Het GMD werd geconcipeerd door het Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen van 15 december 1998. In punt H van dat akkoord werd het GMD duidelijk gesitueerd in een globale context, die blijkt uit de preambule van dat punt en die luidde als volgt: “De NCGZ wenst de bijzondere rol van de huisarts in de gezondheidszorg te bevestigen. In dit kader wenst zij het functioneel gebruik van het globaal medisch dossier, dat de relevante medische en socio-administratieve gegevens van een verzekerde bevat op preventief en op curatief vlak, te bevorderen met het oog op een kwalitatieve zorgverlening en een doeltreffende organisatie van de geneeskundige verzorging zoals bedoeld in artikel 36 van de gecoördineerde wet.

De NCGZ geeft uitdrukking aan haar akkoord omtrent het principe van het invoeren van het globaal medisch dossier voor het geheel van de bevolking.”

De NCGZ had dus duidelijk de bedoeling om het GMD aan te wenden als een instrument dat kwaliteitsbevorderend moet werken en de zorg beter moet organiseren.

Anno 2005 kan men vaststellen dat de regelgeving meerdere aanknopingspunten bevat om deze doelstellingen waar te maken, maar dat de concrete realisaties toch eerder beperkt zijn. Zeker met het EMD (zie punt D) lijkt één van de basisvoorwaarden aanwezig te zijn om het GMD uit te bouwen tot een centraal concept in de verzekering voor geneeskundige verzorging. Zoals blijkt uit punt B is dit niet alleen in het belang van de huisarts, maar ook in dat van de geneesheren-specialisten: het GMD is een centraal element in de kwalitatieve communicatie tussen beide categorieën artsen, in het belang van de patiënt. Bovendien moet het EMD gezien worden in samenhang met andere initiatieven in verband met elektronische communicatie. Voor een reële valorisatie van het GMD lijkt het dan ook aanbevolen elk GMD-initiatief of elke GMD-maatregel in de eerste plaats te bekijken vanuit EMD-perspectief.