

PERSBERICHT

BVAS niet opgezet met GMD-brief op basis van achterhaald onderzoek¹

Brussel, 5 februari 2019

Alle Belgische huisartsen ontvingen vorige maand van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV een omzendbrief met als titel 'Toepassing vergoedingsvoorwaarden GMD'. BVAS stoort zich aan de berispende toon van de brief en aan het feit dat de DGEC zich baseert op achterhaalde onderzoeksgegevens.

Met de brief wil het RIZIV "alle huisartsen herinneren aan het belang van een goed ingevuld GMD". De boodschap is dat de uitgaven voor het GMD, die zoals de brief opmerkt met 50% gestegen zijn tussen 2008 en 2014, te hoog liggen voor de meerwaarde aan kwaliteit van zorg die de huisartsen ermee creëren.

Volgens het RIZIV is maar bij een kleine fractie van de GMD's (6,5%) alle wettelijke gegevens correct ingevuld. Dat moet blijken uit een terreinonderzoek dat de DGEC uitvoerde bij 200 huisartsen en 20 medische huizen. Het onderzoek vond plaats tussen oktober 2015 en februari 2016 en peilde naar de kwaliteit van het GMD. Nu, drie à vier jaar later, stuurt het Riziv alle huisartsen een vermanende brief die gebaseerd is op deze intussen verouderde resultaten. Dat is niet alleen respectloos, het is ook allesbehalve 'good practice'.

Zo wees het onderzoek volgens de DGEC uit dat maar weinig GMD's de nodige informatie bevatten om een Sumehr aan te maken. Amper 35% van de huisartsen publiceerde al Sumehrs. De vraag is wat de relevantie is van dat cijfer. Ten tijde van het onderzoek was de Sumehr een informaticatool die nog in de kinderschoenen stond. Hetzelfde geldt voor de elektronische aanvraag voor geneesmiddelen van hoofdstuk IV, waar maar 15% van de huisartsen gebruik van maakte op het moment dat de RIZIV-inspecteurs de controle uitvoerden.

BVAS protesteert tegen deze gang van zaken. De grote meerderheid van de huisartsen tracht elke dag topkwaliteit te leveren. De beroepsgroep verdient beter dan door het RIZIV op de vingers getikt te worden op basis van volledig achterhaalde onderzoeksresultaten. Het initiatief van de DGEC zet alleen maar kwaad bloed en werkt demotiverend. De huisartsen hebben geen boodschap aan algemene informatie over de hele beroepsgroep. Alleen gepersonaliseerde feedback op maat van de individuele huisarts en/of per LOK is nuttig omdat het de huisartsen toelaat zich te situeren tegenover zijns/haars gelijken.

Dr. Marc Moens
Voorzitter BVAS

¹ Brief van de DGEC



RIZIV

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

DIENT VOOR GENEESKUNDIGE
EVALUATIE EN CONTROLE

Correspondent : Rudi Bockaert
Arts-inspecteur
Tel. 016 39 26 27
E-mail : rudi.bockaert@riziv-inami.fgov.be
Onze referte :

Brussel, 10/01/2019

Toepassing vergoedingsvoorwaarden GMD

Geachte collega,

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV heeft de opdracht erop toe te zien dat het budget van de ziekteverzekering zo goed mogelijk wordt besteed.¹ Om deze opdracht te vervullen voeren we onder andere terreinstudies uit waarvan we het resultaat aan de betrokken zorgverleners meedelen.

Zo analyseerden we in 2017 de resultaten van een terreinonderzoek waarin we de kwaliteit van het globaal medisch dossier (GMD) evalueerden via een representatieve steekproef van 200 artsen en 20 medische huizen.

In deze brief willen we alle huisartsen herinneren aan het belang van een goed ingevuld GMD. Dit dossier is essentieel voor een kwaliteitsvol sumehr en dus voor de continuïteit van de medische zorgen. Deze gegevensuitwisseling tussen zorgverleners (eHealth) is een belangrijke hoeksteen van een kwalitatieve gezondheidszorg.

Daarom zetten we de belangrijkste vaststellingen van ons onderzoek voor u op een rijtje:

- Weinig GMD's bevatten de nodige informatie om een sumehr aan te maken.
- In de onderzochte GMD's waren gemiddeld 43 % van de vereiste items ingevuld. 80 % van de dossiers bevatten geen (volledig) overzicht van de chronische behandelingen.
- In slechts 6,5 % van de dossiers waren alle wettelijk vereiste items volledig en correct ingevuld.
- Bij de preventiemodule waren minder dan 2 % van de wettelijk vereiste items ingevuld.
 - o Alleen screening voor diabetes en verhoogde cholesterol wordt goed opgevolgd in het dossier.

¹ wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

- Voor borstkanker en baarmoederhalskanker is geen datum van een preventief onderzoek vermeld in respectievelijk 64 en 77 % van de onderzochte dossiers.
- Als we ons baseren op wat het dossier vermeldt, geniet primaire preventie (gezonde levensstijl) weinig aandacht.

Een meer uitgebreid verslag van dit evaluatieonderzoek vindt u in bijlage 1.

De in de nomenclatuur vermelde vergoedingsvoorwaarden van het GMD vindt u in bijlage 2. We vragen u met aandrang deze voorwaarden correct toe te passen om de vergoedbaarheid van uw GMD's te garanderen.

Als u vragen heeft, kunt u contact opnemen met arts-inspecteur Rudi Bockaert via e-mail (rudi.bockaert@riziv-inami.fgov.be) of telefonisch (016/39.26.27).

Hoogachtend,



Dr. Philip TAVERNIER
Arts-directeur-generaal a.i.

Bijlage 1: Verslag evaluatieonderzoek: Analyse van het Globaal Medisch Dossier, verstrekking 102771

Tussen 2008 en 2014 zijn de uitgaven voor het GMD met 50 % gestegen. In 2014 werden 5.766.416 verstrekkingen 102771 aangerekend voor een totaal van 172 miljoen EUR met gemiddeld 16.000 EUR per huisarts.

Het doel van deze terreinstudie was een representatief nationaal beeld schetsen van het gebruik en de kwaliteit van het GMD. Daarnaast peilden we ook naar de kennis en het gebruik van de verschillende informaticatools bij de huisartsen (o.a. elektronisch medisch dossier (EMD), software en eHealth).

Op vraag van de Dienst voor geneeskundige verzorging evalueerden we ook de zorgtrajecten.

Van de 10.259 artsen, die minstens 13 GMD's hebben aangerekend tijdens de onderzoeksperiode van 31 december 2013 tot 30 december 2014 (12 maanden) selecteerden we 200 artsen en 20 medische huizen (MH). Deze selectie gebeurde in een afzonderlijke aselechte steekproef, gestratificeerd naar taalgroep. Per arts kozen we aselekt 10 patiënten met GMD (GMD₁) en 10 patiënten zonder GMD (GMD₀). Bij de MH selecteerden we geen GMD₀ patiënten, omdat het GMD vervat zit in het forfait.

De kans dat een arts of MH gekozen werd, was proportioneel met het aantal GMD's dat op zijn naam werd aangerekend. Zo had elk GMD een gelijke selectiekans. Bij de analyse zijn de resultaten gewogen om de resultaten van de steekproef correct te kunnen interpreteren.

Uiteindelijk onderzochten we via een standaard vragenlijst 2.128 DMG₁ en 1.660 DMG₀ bij 217 artsen tussen oktober 2015 en februari 2016. De overige geselecteerde dossiers konden we niet onderzoeken wegens overlijden patiënt, ziekte of verhuis van de arts Het onderzoek vond plaats op basis van vertrouwen (geen fysieke controle van het dossier).

Informatica

Uit de analyse blijkt dat 209 van de 217 artsen een EMD hebben. Het gebruik van eHealth is beperkt, maar veel artsen verklaarden recent met eHealth te zijn begonnen en/of een opleiding te volgen.

Buiten de MH waren de resultaten van groepspraktijken in het algemeen beter dan die van solopraktijken. Artsen jonger dan 55 jaar scoorden doorgaans beter.

GMD

Bij 120 GMD's (6 %) waren alle wettelijk vereiste gegevens correct ingevuld. Voor de preventiemodule bedroeg dit 2 %. In totaal waren gemiddeld 43 % van de verplicht aanwezige items ingevuld en 21 % van de GMD's bevatte een volledig overzicht van de chronische behandelingen (Tabel 1).

Verskil GMD₁ / GMD₀

De GMD₁ patiënten waren gemiddeld 11 jaar ouder dan de GMD₀ patiënten en hadden een significant hoger consumptiepatroon (gemiddeld 13,7 vs. 9,1 contacten; $P < 0,0001$). De hogere consumptie wordt volledig verklaard door het verschil in leeftijd.

De GMD₁ patiënten hebben gemiddeld per jaar 3 contacten meer met hun huisarts (4,8 vs. 1,8 contacten huisarts; $P < 0,05$). Hun dossier scoort beter voor preventie en de aanwezigheid van verslagen.

Tabel 1: Minimale gegevens aanwezig in GMD (gewogen resultaten)

Percentage aanwezig in het dossier		%
Akkoord van de patiënt		36
Antecedenten aanwezig bij de patiënt		50
Lijst met medische problemen		40
Rapport chronische kinebehandeling		37
Rapport chronische verpleegkundige behandeling		26
Chronische medicatie		30
Sumehr aangemaakt		7
Aanwezigheid van minstens 1 datum	tetanus vaccinatie	33
	griepvaccinatie	44
	preventie onderzoek borstkanker	36
	preventie onderzoek baarmoederkanker	23
	nazicht cholesterolemie	84
	nazicht bloeddruk	77
	nazicht gewicht	36
	promotie fysische activiteit	13
Aanwezigheid verslagen	specialisten totaal	33
	hospitalisatie	17
	urgentie	51
	radio voorgeschreven door huisarts zelf	75
	radio niet voorgeschreven door huisarts	25
	klinische biologie voorgeschreven door huisarts zelf	83
	klinische biologie niet voorgeschreven door huisarts	29
	totaal aanwezigheid verslagen	28

Zorgtrajecten

Bloedonderzoeken worden meestal goed opgevolgd. Preventieve maatregelen scoren minder (Tabel 2). De communicatie van de huisarts naar de specialist toe is beperkt.

Tabel 2: Gegevens zorgtrajecten aanwezig in GMD

Activiteiten	Geen datum vermeld (in %)	
	Diabetes	Nierinsufficiëntie
Glycemie	6	12
Bloeddruk	12	19
Influenza vaccinatie	42	38
Rapport verzonden aan diabetoloog/nefroloog	61	54
Laatste voedingsadvies door diëtist	81	86
Pneumokokken vaccinatie	78	65

De Medicomut hield rekening met de resultaten van de studie om aanbevelingen te doen met betrekking tot GMD in het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019.¹

¹ 4.1.1.1. Globaal medisch dossier (GMD), Nationaal akkoord artsen – ziekenfondsen 2018-2019, BS 13 februari 2018, 10621. www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/nationaal-akkoord-artsen-ziekenfondsen.aspx#Het_akkoord_artsen-ziekenfondsen_2018-2019

Bijlage 2: Artikel 2.B van de nomenclatuur

"K.B. 19.2.2013" (in werking 1.5.2013) + "K.B. 26.1.2017" (in werking 1.1.2016)

" 102771 Beheer van het globaal medisch dossier (GMD) N 8,415

Het GMD wordt door de huisarts beheerd; een huisarts in opleiding kan het GMD niet beheren.

Het GMD bevat de volgende gegevens die regelmatig worden bijgewerkt :

- a) de sociaal-administratieve gegevens;
- b) de antecedenten;
- c) de problemen;
- d) de verslagen van de andere zorgverleners;
- e) de chronische behandelingen;
- f) de preventieve maatregelen die worden genomen, rekening houdende
- g) met de leeftijd en het geslacht van de patiënt, en die minstens betrekking
- h) hebben op :
 1. de levensstijl (voeding, lichaamsbeweging, tabaks- en alcoholgebruik);
 2. de cardiovasculaire ziekten (anamnese, klinisch onderzoek, acetylsalicylzuur voor de risicogroepen);
 3. de opsporing van colorectale kanker, borstkanker en baarmoederhalskanker;
 4. de vaccinatie (difterie, tetanus, griep en pneumokokken);
 5. de biologische metingen : lipiden (> 50 jaar), glycemie (> 65 jaar), creatinine en proteïnurie (voor de risicogroepen);
 6. de opsporing van depressie;
 7. de mondzorg;
 - g) voor een patiënt van 45 tot 74 jaar die het statuut chronische aandoening geniet, diverse klinische en biologische gegevens die nuttig zijn voor de evaluatie van de gezondheidstoestand van de patiënt en voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Een GMD wordt geopend op verzoek van de patiënt of van zijn behoorlijk geïdentificeerd gemachtigde; dat verzoek wordt vermeld in het dossier van de patiënt.

De verstrekking voor het beheer van het GMD wordt eenmaal per kalenderjaar toegekend.

De verstrekking wordt gecumuleerd met een verstrekking voor een raadpleging (101032, 101076) of een bezoek (103132, 103412, 103434). De verstrekking wordt met 83,33 % verhoogd vanaf het jaar van de 45^e verjaardag tot het jaar van de 75^e verjaardag voor een patiënt die het vorige jaar het statuut chronische aandoening had."