

## 1ste lijn: alles draait rond de patiënt

Juli 2010

### Context

De eerste lijn zou als volgt omschreven kunnen worden: universeel toegankelijke diensten van het eerste niveau die dienen om de gezondheid te promoten, om ziektes te voorkomen en om diagnostische, curatieve, revalidatie- ondersteunings- en palliativediensten aan te bieden (referentiebron n°1).

Volgens de MLOZ, zouden deze diensten idealiter de volgende effecten moeten hebben:

- doeltreffende verzorging tegen redelijke prijzen
- toegankelijkheid voor alle patiënten
- continuïteit van de multidisciplinaire en transmurale benadering
- kwaliteit van de toegediende verzorging

Het is inherent aan het begrip eerste lijn dat er een tweede en een derde lijn (niveau) moet bestaan. Hieruit mag niet noodzakelijk worden afgeleid dat het nodig is om met een echelonnering systeem te werken voor de toegang tot de geneeskundige verzorging.

De huisarts is een centrale figuur uit de eerste lijn, net zoals bepaalde geneesheer-specialisten zoals oogartsen, kinderartsen, dermatologen, gynaecologen en de actoren uit de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Die eerste lijn omvat tevens de sociale sector en de hulpverlening aan personen: de ziekenfondsen spelen hier een centrale rol, want ze moeten het lid (de patiënt) inlichten over het bestaan van die diensten en de modaliteiten voor de toegang tot die diensten.

### Standpunt van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

#### De centrale rol van de huisarts

Om effect te garanderen, kent men aan de huisarts de voornaamste plaats toe in de organisatie van de zorg rondom de patiënt. Hij krijgt die plaats zowel, qua preventie, als qua curatieve verzorging en/of diagnose.

Wij pleiten voor een opwaardering van de centrale plaats van die huisarts. Dat is nodig opdat de huisarts zijn rol ten volle zou kunnen spelen, iets wat bevorderlijk zou zijn voor de levenskwaliteit van zowel de zorgverlener als de patiënt.

*Vervolg volgende pagina*

Concreet is het zo dat het beheer van het GMD moet evolueren naar een elektronisch databeheer, omdat dit bevorderlijk zou zijn voor de nauwe samenwerking tussen de verschillende zorgverleners (uit de eerste lijn en de andere lijnen), met respect voor de eigenheden en de competenties van elkeen.

Het ontbreken van een GMD zou niet nadelig mogen zijn voor de zorgkwaliteit en de financiële impact op de patiënten mag niet het enige voordeel zijn van dat dossier. Momenteel, is het bijvoorbeeld zo dat het GMD een verlaging van het persoonlijke aandeel met zich meebrengt. Dit dossier is ook een voorwaarde om toegang te krijgen tot bepaalde voordelen (zorgtrajecten, preventiemodule, ...).

MLOZ pleit ervoor dat men deze logica zou nuanceren. De zorgverlener moet ook waardering krijgen voor de goede begeleiding die hij geeft aan zijn patiënten. Het bijhouden van het GMD is een van de punten, waaruit blijkt dat het kabinet van de huisarts goed beheerd wordt.

De ziekenfondsen moeten zich van hun kant gedragen als een praktijkondersteunende actor. Ze moeten het GMD promoten en moeten het beheer ervan zichtbaarder maken in het kader van de multidisciplinaire benadering:

- Zij moeten hun medewerking verlenen aan de vereenvoudiging van het huidige GMD, door aan de artsen een snelle en beveiligde betaling te bieden.
- De verzekeringsinstelling is ook goed geplaatst om de rol van authentieke bron te vervullen: zij kan aan de sector informatie verschaffen over de identiteit van de arts die het GMD beheert.

## **De financiering van de praktijken en het overleg over de patiënt.**

In de rol die toegekend wordt aan de huisarts in de eerste lijn, ligt de klemtoon op de multidisciplinaire organisatie van de zorg : dit betekent een nauwe samenwerking en uitvoerig overleg met andere actoren uit het veld, tot zelfs een integratie van die actoren. Onder integratie, verstaat men een rationeel en gemeenschappelijk gebruik van de dossiers en de informatie betreffende de patiënt en zijn noden (bv. elektronisch dossier/ zorgplan).

Onder de opwaardering van de praktijken, verstaat men tevens de financiering van de uitrustingen die noodzakelijk zijn voor de uitoefening van hun functie.

Volgens MLOZ houdt dat overleg over de noden van de patiënten in dat men noodzakelijkerwijze open moet staan voor nieuwe zorgmodellen (bv. pilootprojecten, zorgprojecten) zoals de telegeneeskunde, het disease management.

*Vervolg volgende pagina*

## De verantwoordelijkheid van alle actoren.

MLOZ onderstreept dat het noodzakelijk is om ook een bewustmaking na te streven van de patiënt, niet alleen van de zorgverleners en zorgactoren.

Het is niet de bedoeling om te raken aan zijn autonomie, wat de vrije keuze betreft, maar de patiënt is en blijft natuurlijk verantwoordelijk voor zijn eigen keuzes en voor de gevolgen van die keuzes: de patiënt is een partner die op dezelfde voet staat als de actoren die hem verzorging toedienen, in zijn omgeving.

Het overleg en de gedeelde verantwoordelijkheid van alle actoren bevorderen de levenskwaliteit van zowel de zorgverleners als de patiënten. Qua zorgcontinuïteit, is het zo dat perfecte afspraken over de thuiszorg het mogelijk maken om verzorging intra-muros te vermijden (deze is, per definitie, veel duurder voor de gemeenschap en de patiënt).

## Naar welk zorgmodel?

Is het nodig om een praktijkmodel verplicht te maken, om te kunnen beantwoorden aan de door de eerste lijn gewenste effecten? Men geeft voorrang aan de organisatie van de zorg rondom de patiënt, het structuurmodel is minder belangrijk.

Het heeft geen zin om het ene organisatiemodel te verkiezen boven het andere. Wat telt, is dat men de verhoopte effecten bereikt dankzij een optimale organisatie van de eerste lijn. Als men bijvoorbeeld de klemtoon zou leggen op de organisatie van de zorgcontinuïteit, dan zullen wij de voorkeur geven aan een transmuraal model.

Het model dat de voorkeur krijgt, zal dus verschillend zijn, naargelang de nagestreefde doelstelling. Het ideale model zou aldus een samenwerkingsmodel zijn, waarin men geen overbodige zorg toedient en waarin de actoren elkaar perfect aanvullen binnen hun specifieke rol.

Wij menen dat dit model de best mogelijke waarborg zou zijn voor het bereiken van de vastgelegde centrale doelstellingen – efficiëntie, toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit.

## **Conclusie**

De Onafhankelijke Ziekenfondsen geven, in het kader van de eerste lijn, de voorkeur aan een organisatiemodel met geïntegreerde zorg, opgebouwd rondom de noden van de patiënten en toegespitst op een administratieve vereenvoudiging en een betere integratie (synergie) van de actoren. Het moet dus gaan om een systeem dat de patiënt niet mag benadelen en dat de rol van de huisarts naar waarde schat (opwaardeert).

De Onafhankelijke Ziekenfondsen menen in dit kader dat het ook opportuun zou zijn om de verschillende modellen en de rolverdeling tussen de partners grondig te bestuderen.

## **Bronnen**

Referentiebron n° 1: definitie WHS, aanpassing Canada